



ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ
MINETTA

ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ
ΕΔΡΑ ΑΘΗΝΩΝ: Λ. ΣΥΓΓΡΟΥ 193-195 & ΧΡ. ΣΜΥΡΝΗΣ 2
Τ.Κ. 171 21 ΝΕΑ ΣΜΥΡΝΗ,
ΤΗΛ.: 210 9309500, FAX: 210 9314541
e-mail: info@minetta.gr • URL: www.minetta.gr
Α.Φ.Μ.: 094040925, ΑΡ. Μ.Α.Ε.: 12854/05/Β/86/34 • Δ.Ο.Υ.: ΦΑΕ ΠΕΙΡΑΙΑ

MINETTA life

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - MINETTA AID / MINETTA AID PLUS

1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

Α. ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΕΛΑΤΗ:

Επωνυμία

Κωδ. Συνεργάτη

Α.Φ.Μ.

Αρ. Ειδικού Μητρώου

Β. ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ:

Επωνυμία

Κωδ. Συνεργάτη

Α.Φ.Μ.

Αρ. Ειδικού Μητρώου

Γ. ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ:

Επωνυμία

Κωδ. Συνεργάτη

Α.Φ.Μ.

Αρ. Ειδικού Μητρώου

2 ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ)

Όνοματεπώνυμο							
Όνομα Πατρός			Ημερ. Γέννησης	/ /		Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβατηρίου	
Υπηκοότητα			Α.Φ.Μ.			Δ.Ο.Υ.	
Διεύθυνση	Οδός			Αριθμός		Τ.Κ.	Πόλη
Τηλέφωνο			Κινητό			e-mail	

3 ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (αν είναι διαφορετικός από τον ΛΗΠΤΗ της ασφάλισης αλλιώς “ο ΙΔΙΟΣ”)

Όνοματεπώνυμο							
Όνομα Πατρός			Ημερ. Γέννησης	/ /		Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβατηρίου	
Υπηκοότητα			Α.Φ.Μ.			Δ.Ο.Υ.	
Διεύθυνση	Οδός			Αριθμός		Τ.Κ.	Πόλη
Τηλέφωνο			Κινητό			e-mail	

4 ΣΥΝΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	Α.Δ.Τ./Α.Φ.Μ.	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ
1				
2				
3				
4				
5				

5 ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΚΑΛΥΨΗ

MINETTA AID ☐

MINETTA AID PLUS ☐

Σε περίπτωση οικογενειακού συμβολαίου, για να ισχύσουν τα εκπαιδευτικά ασφαλιστρα πρέπει όλα τα ασφαλιζόμενα πρόσωπα να έχουν επιλέξει την ίδια κάλυψη (MINETTA AID και MINETTA AID PLUS). Διαφορετικά, πρέπει να γίνει ξεχωριστή αίτηση για κάθε κάλυψη, με τα ασφαλιζόμενα πρόσωπα που την έχουν επιλέξει.

6

ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ

ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ

TAXYΠΛΗΡΩΜΗ

7

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΛΗΡΩΜΩΝ

ΕΦΑΠΑΞ

ΜΗΝΙΑΙΩΣ (*)

(*) Η μηνιαία εξόφληση προϋποθέτει χρέωση πιστωτικής κάρτας

8	ΕΤΗΣΙΑ ΜΙΚΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ (€)		
	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ	MINETTA AID	MINETTA AID PLUS
	Ένας ασφαλιζόμενος	60,00	125,00
	Δύο ασφαλιζόμενοι	90,00	180,00
	Οικογένεια ανεξαρτήτως αριθμού μελών	120,00	250,00

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΕΙΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ - ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ

Παρακαλώ να εκδώσετε ασφαλιστική σύμβαση με βάση τα στοιχεία που δήλωσα και σύμφωνα με τους όρους ασφάλισης που ισχύουν για τις ασφαλιστικές καλύψεις που επέλεξα και τους οποίους γνωρίζω και κατανόησα. Συμφωνώ πως η ασφάλισή μου θα ισχύσει μετά την αποδοχή από την Εταιρία σας της πρότασης ασφάλισής μου αυτής, με την προϋπόθεση προηγούμενης εξόφλησης των ασφαλίσεων.

Τα στοιχεία που δήλωσα σε αυτή την πρόταση ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που αφορούν τυχόν ασφαλιζόμενα μέλη της οικογένειάς μου, είναι αληθινά, πλήρη και χωρίς παραλείψεις. Συμφωνώ ότι τα στοιχεία αυτά, μαζί με τις ιατρικές εξετάσεις που πιθανόν θα γίνουν και με τυχόν έγγραφες συμπληρωματικές πληροφορίες, θα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης. Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση για τα παρακάτω τα οποία και αποδέχομαι:

- α) Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΙΣ-ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ MINETTA Α.Ε.Ε.Γ.Α. συλλέγει, επεξεργάζεται και αποθηκεύει προσωπικά δεδομένα των ασφαλισμένων της. Ο σκοπός συλλογής των, η πηγή πληροφόρησης, τα είδη των προσωπικών δεδομένων που επεξεργάζονται, οι αποδέκτες, ο χρόνος τήρησης των αρχείων, τα δικαιώματα των υποκειμένων καθώς και τυχόν αυτοματοποιημένες διαδικασίες επεξεργασίας δεδομένων για σκοπούς εκτίμησης κινδύνων αναφέρονται στην «ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ» που ακολουθεί και έχω συναινέσει.
- β) Εάν κατά το χρονικό διάστημα που θα μεσολαβήσει από την υπογραφή της παρούσας μέχρι την ημερομηνία έκδοσης του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, μεταβληθεί η κατάσταση της υγείας μου -ή της υγείας τυχόν ασφαλιζομένων μελών της οικογένειάς μου- θα ενημερώσω εγγράφως την Εταιρία, η οποία θα δικαιούται να αναθεωρήσει τους όρους των παρεχομένων ασφαλιστικών καλύψεων. Τυχόν παράλειψή μου ως προς τα ανωτέρω θα αποτελεί λόγο ακύρωσης της ασφαλιστικής σύμβασης.

Τέλος, βεβαιώνω πως ενημερώθηκα προσυμβατικά σχετικά με το εφαρμοστέο δίκαιο στην ασφαλιστική σύμβαση, για την ακολουθούμενη από την Εταιρία διαδικασία διαχείρισης αιτιάσεων συμπεριλαμβανομένης και της δυνατότητάς μου να προσφύγω σε αρμόδια αρχή με την επιφύλαξη προσφυγής στη δικαιοσύνη.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

.....

.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

/

/

MIN11.123/11.18/P

Ο ΑΙΤΩΝ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ
ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗΣ

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)