

ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΖΩΗΣ & ΥΓΕΙΑΣ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ : No _____

Παρακαλώ να προστεθεί στο ανωτέρω Ασφαλιστήριο Υγείας η κάλυψη **FULL (HEALTH) EMERGENCY CARE**

- ☐ E1 – Ανώτατο όριο κάλυψης 600 € με συμμετοχή 20%
☐ E2 – Ανώτατο όριο κάλυψης 1.000 € με συμμετοχή 10%

για τους: ☐ Κυρίως Ασφαλισμένο ☐ Σύζυγο/Σύντροφο ☐ Καλυπτόμενα τέκνα

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____ ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ _____ ΑΦΜ _____
ΚΙΝ.ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____ E-MAIL _____
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____ ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____

Δήλωση Συμβαλλομένου

Με την υπογραφή της παρούσας Αίτησης δηλώνω υπεύθυνα ότι οι ανωτέρω απαντήσεις μου είναι ορθές και πλήρεις και ότι δεν απέκρυψα, αποσιώπησα ή παρέλειψα κανένα ουσιώδες στοιχείο σχετικό με την κατάσταση της υγείας μου ή της σωματικής μου ακεραιότητας για να κάνει η Α.Ε.Ε.Γ.Α «Η ΕΘΝΙΚΗ» εκτίμηση του κινδύνου που αναλαμβάνει και αποδέχομαι να ασφαλιστώ με βάση αυτά. Πέραν των ανωτέρω, δηλώνω ότι δεν έχουν μεταβληθεί τα στοιχεία μου που περιείχονταν στην αρχική αίτηση ασφάλισης και στο ανωτέρω ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

Επίσης, δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι πως κάθε ψευδής δήλωσή μου, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τις απαντήσεις μου στο ερωτηματολόγιο υγείας και κάθε απόκρυψη γνωστών σε εμένα στοιχείων αποτελεί ουσιώδη λόγο για να θεωρηθεί η ασφάλιση άκυρη εξ αρχής (Άρθρο 3 Ν 2496/97)

Δήλωση Παραλαβής Εντύπων

Τέλος δηλώνω ότι α)παρέλαβα ενημερωτικό έγγραφο πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν και το έγγραφο προσυμβατικών πληροφοριών που προβλέπονται από την ισχύουσα νομοθεσία και αφού μελέτησα αυτά αποφάσισα με δική μου πρωτοβουλία την υποβολή της παρούσας αίτησης και β)ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής, ο οποίος διαμεσολάβησε και συνυπογράφει την παρούσα αίτηση μου έχει χορηγήσει τις απαιτούμενες νόμιμες πληροφορίες του και σχετικό έντυπο πληροφόρησης.

Ημερομηνία: _____

Ονοματεπώνυμο Συμβαλλομένου: _____ Υπογραφή _____

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ
ΣΕ ΑΜΕΣΗ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΠΕΛΑΤΗ:**

ΚΩΔΙΚΟΣ: _____

ΑΡ.ΕΙΔ.ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

ΑΦΜ: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Δηλώνω ότι η αίτηση αυτή συμπληρώθηκε
και υπογράφηκε παρουσία μου

☐

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ
ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΜΕ ΕΤΑΙΡΙΑ**
(Συμπληρώνεται μόνο εφόσον είναι
διαφορετικός από τον πρώτο):

ΚΩΔΙΚΟΣ: _____

ΑΡ.ΕΙΔ.ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

ΑΦΜ: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ**
(που φέρει την τελική ευθύνη επίβλεψης
του διαμεσολαβητή που έρχεται σε άμεση
επαφή με τον πελάτη)

ΚΩΔΙΚΟΣ: _____

ΑΡ.ΕΙΔ.ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

ΑΦΜ: _____