



ΑΣΦΑΛΕΙΑ
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 ΖΩΗΣ | ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ/ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

A. ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΕΛΑΤΗ:

Επωνυμία

Κωδ. Συνεργάτη

Α.Φ.Μ.

Αρ. Ειδικού Μητρώου

B. 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 ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ

1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

Ονοματεπώνυμο

Όνομα Πατρός

Φύλο: Αρ. ☐ Θηλ. ☐

Ημερ. Γέννησης

/ /

Ύψος

Βάρος

Α.Φ.Μ.

Δ.Ο.Υ.

Α.Δ.Τ.

Υπηκοότητα

Κύριο Επάγγελμα (αναλυτικά)

Χρόνια

Δευτερεύον Επάγγελμα (αναλυτικά)

Χρόνια

Διεύθυνση
Εργασίας

Οδός

Πόλη

Συνοικία

Αριθμός

Τ.Κ.

Νομός

Τηλ. Εργασίας

Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης

ΑΜΚΑ

Βιβλιário Ασθενείας: **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Αν ΟΧΙ, αναγράψτε τον λόγο μη ύπαρξης αυτού:

Διεύθυνση
Κατοικίας

Οδός

Πόλη

Συνοικία

Αριθμός

Τ.Κ.

Νομός

Στοιχεία Επικοινωνίας

Σταθερό Τηλ.

Κινητό

e-mail

2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

Ονοματεπώνυμο

Όνομα Πατρός

Φύλο: Αρ. ☐ Θηλ. ☐

Ημερ. Γέννησης

/ /

Ύψος

Βάρος

Α.Φ.Μ.

Δ.Ο.Υ.

Α.Δ.Τ.

Υπηκοότητα

Κύριο Επάγγελμα (αναλυτικά)

Χρόνια

Δευτερεύον Επάγγελμα (αναλυτικά)

Χρόνια

Διεύθυνση
Εργασίας

Οδός

Πόλη

Συνοικία

Αριθμός

Τ.Κ.

Νομός

Τηλ. Εργασίας

Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης

ΑΜΚΑ

Βιβλιário Ασθενείας: **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Αν ΟΧΙ, αναγράψτε τον λόγο μη ύπαρξης αυτού:

Διεύθυνση
Κατοικίας

Οδός

Πόλη

Συνοικία

Αριθμός

Τ.Κ.

Νομός

Στοιχεία Επικοινωνίας

Σταθερό Τηλ.

Κινητό

e-mail

3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

Ονοματεπώνυμο

Όνομα Πατρός

Φύλο: Αρ. ☐ Θηλ. ☐

Ημερ. Γέννησης

/ /

Ύψος

Βάρος

Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης

ΑΜΚΑ

Βιβλιário Ασθενείας: **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Αν ΟΧΙ, αναγράψτε τον λόγο μη ύπαρξης αυτού:

2

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ (συνέχεια)

4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

Ονοματεπώνυμο

Όνομα Πατρός

Φύλο:

Αρ.

Θηλ.

Ημερ. Γέννησης

/

/

Ύψος

Βάρος

Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης

ΑΜΚΑ

Βιβλιário Ασθενείας:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ΟΧΙ, αναγράψτε τον λόγο μη ύπαρξης αυτού:

5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

Ονοματεπώνυμο

Όνομα Πατρός

Φύλο:

Αρ.

Θηλ.

Ημερ. Γέννησης

/

/

Ύψος

Βάρος

Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης

ΑΜΚΑ

Βιβλιário Ασθενείας:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ΟΧΙ, αναγράψτε τον λόγο μη ύπαρξης αυτού:

3

ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ)

(Συμπληρώνεται μόνο όταν ο συμβαλλόμενος ΔΕΝ λαμβάνει ασφαλιστικές καλύψεις)
Εάν ο συμβαλλόμενος λαμβάνει ασφαλιστικές καλύψεις διευκρινίστε εάν είναι ο:

1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

Ονοματεπώνυμο

Όνομα Πατρός

Φύλο:

Αρ.

Θηλ.

Ημερ. Γέννησης

/

/

Ύψος

Βάρος

Α.Φ.Μ.

Δ.Ο.Υ.

Α.Δ.Τ.

Στοιχεία επικοινωνίας

Σταθερό Τηλ.

Κινητό

e-mail

4

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Διεύθυνση Κατοικίας του ασφαλιζόμενου:

1ος

2ος

 Διεύθυνση Εργασίας του ασφαλιζόμενου:

1ος

2ος

 Άλλη

(Συμπληρώστε παρακάτω)

Οδός

Αριθμός

Τ.Κ.

Πόλη

Συνοικία

Νομός

5

ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ

ΚΛΑΔΟΣ Ι: ΖΩΗΣ

ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	ΛΗΞΗ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ
1ος 2ος ΒΑΣΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ ΕΙΔΟΣ: ΑΠΛΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ			€
ΑΠΑ Ασφαλιζόμενου ΑΠΑ Συμβαλλόμενου			€
Καταβολή κεφαλαίου λόγω ΔΟΑ			€
Ανικανότητα από σοβαρές ασθένειες ή ατύχημα: ΑΣΑ 10 ΑΣΑ 20			€
Σοβαρές ασθένειες γυναικών: ΑΣΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ			€
Απώλεια ζωής από ατύχημα			€
Ολική και μερική ανικανότητα (ΜΟΑ/ΜΜΑ) από ατύχημα			€

ΚΛΑΔΟΣ ΙΙ: ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ / ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Α. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ (Εμπριέχουν την Ασφάλιση Βοήθειας «Φροντίδα MINETTA» και την Ασφάλιση «2ης Ιατρικής Γνωμάτευσης»)

	1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	
	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ
1. MINETTA Vital Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο έως €250.000 (ΕΟ 151004)	Β´	€750	Β´	€750	Β´	€750	Β´	€750	Β´	€750
		€1.500		€1.500		€1.500		€1.500		€1.500
		€3.000		€3.000		€3.000		€3.000		€3.000
2. MINETTA Top Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο έως €500.000 (ΕΟ 151005)	Α´	€750	Α´	€750	Α´	€750	Α´	€750	Α´	€750
		€1.000		€1.000		€1.000		€1.000		€1.000
		€1.500		€1.500		€1.500		€1.500		€1.500
		€2.000		€2.000		€2.000		€2.000		€2.000
		€3.000		€3.000		€3.000		€3.000		€3.000
3. MINETTA Top Plus Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο έως €500.000 (ΕΟ 151064)	Α´	€750	Α´	€750	Α´	€750	Α´	€750	Α´	€750
		€1.000		€1.000		€1.000		€1.000		€1.000
		€1.500		€1.500		€1.500		€1.500		€1.500
		€2.000		€2.000		€2.000		€2.000		€2.000
		€3.000		€3.000		€3.000		€3.000		€3.000
Δυνατότητα μείωσης του εκπιπτόμενου (αφορά τα ποσά €2.000, €3.000, €5.000) (ΕΟ 151065)		€5.000		€5.000		€5.000		€5.000		€5.000

5

ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ (συνέχεια)

	1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	
	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ	ΘΕΣΗ	ΕΚΠΙΠΤΟΜΕΝΟ
4. MINETTA Care Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο έως €50.000 (ΕΟ 151048)	B' ☐	€1.000 ☐	B' ☐	€1.000 ☐	B' ☐	€1.000 ☐	B' ☐	€1.000 ☐	B' ☐	€1.000 ☐

B. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ

Χειρουργικό επίδομα (ΕΟ 151058) από €1.000 έως €3.000	1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)
	€	€	€	€	€

Γ. ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ

	1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	
1. MINETTA Senior (ΕΟ 151062)	€1.000 ☐	€2.000 ☐	€1.000 ☐	€2.000 ☐	€1.000 ☐	€2.000 ☐	€1.000 ☐	€2.000 ☐	€1.000 ☐	€2.000 ☐
2. MINETTA Junior (ΕΟ 151063)	€1.000 ☐	€2.000 ☐	€1.000 ☐	€2.000 ☐	€1.000 ☐	€2.000 ☐	€1.000 ☐	€2.000 ☐	€1.000 ☐	€2.000 ☐
3. MINETTA Aid (ΕΟ 151046)	☐		☐		☐		☐		☐	
4. MINETTA Aid Plus (ΕΟ 151047)	☐		☐		☐		☐		☐	

Δ. ΠΑΚΕΤΑ (Παρέχονται μόνο σε ενήλικες. Το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 1 του προσωπικού ατυχήματος παρέχεται και σε παιδιά.)

1. Προσωπικό Ατύχημα	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 2	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 3	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 4
	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
	ΑΠΩΛΕΙΑ ΖΩΗΣ (ατύχ.) (ΕΟ 151061) ΜΟΑ/ΜΜΑ (ατύχ.) (ΕΟ 151060) ΝΟΣΟΚ. ΕΠΙΔΟΜΑ (ατύχ.) (ΕΟ 151016) ΙΦΕ (ατύχ.) (ΕΟ 151059)	€10.000 €10.000 €25/ημέρα €1.500	€20.000 €20.000 €30/ημέρα €2.000	€30.000 €30.000 €35/ημέρα €2.500
2. Προστασία Οικογένειας	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 2	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 3	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 4
	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
	ΑΠΩΛΕΙΑ ΖΩΗΣ (ατύχ./ασθ.) (ΕΟ 151011) ΜΟΑ (ατύχ./ασθ.) (ΕΟ 151009) ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (ατύχ./ασθ.) (ΕΟ 151018)	€20.000 €20.000 €200/μήνα	€30.000 €30.000 €300/μήνα	€40.000 €40.000 €400/μήνα

Ε. ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ (Παρέχεται μόνο σε εργαζόμενους)

	1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ
ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (*) (ΕΟ 151057)	Μηνιαία Παροχή € Περίοδος Αναμονής 1η ☐ 8η ☐ 15η ☐ 31η ☐	Μηνιαία Παροχή € Περίοδος Αναμονής 1η ☐ 8η ☐ 15η ☐ 31η ☐	Μηνιαία Παροχή € Περίοδος Αναμονής 1η ☐ 8η ☐ 15η ☐ 31η ☐	Μηνιαία Παροχή € Περίοδος Αναμονής 1η ☐ 8η ☐ 15η ☐ 31η ☐	Μηνιαία Παροχή € Περίοδος Αναμονής 1η ☐ 8η ☐ 15η ☐ 31η ☐
	ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ (*) (ΕΟ 151056)	Μηνιαία Παροχή € Περίοδος Αναμονής 8η ☐ 15η ☐ 31η ☐	Μηνιαία Παροχή € Περίοδος Αναμονής 8η ☐ 15η ☐ 31η ☐	Μηνιαία Παροχή € Περίοδος Αναμονής 8η ☐ 15η ☐ 31η ☐	Μηνιαία Παροχή € Περίοδος Αναμονής 8η ☐ 15η ☐ 31η ☐

(*) Από €300 έως €2.250.

ΣΤ. ΣΟΒΑΡΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ (Παρέχονται μόνο σε ενήλικες)

	1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)
1. ΑΣΑ 10 από €10.000 έως €100.000 (ΕΟ 151040)	€	€	€	€	€
2. ΑΣΑ 20 από €10.000 έως €100.000 (ΕΟ 151006)	€	€	€	€	€
3. ΑΣΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ από €10.000 έως €40.000 (ΕΟ 151008)	€	€	€	€	€

5 ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ (συνέχεια)

Ζ. ΚΑΤΑΒΟΛΕΣ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ (Παρέχονται μόνο σε ενήλικες)

	1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)	5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο)
1. Ζωή Εφάπαξ από €10.000 έως €150.000 (ΕΟ 151038)	€	€	€	€	€
2. Ζωή Σύνταξη από €1.000 έως €10.000 ετησίως (ΕΟ 151012)	€	€	€	€	€
3. ΜΟΑ Εφάπαξ από €10.000 έως €150.000 (ΕΟ 151039)	€	€	€	€	€
4. ΜΟΑ Σύνταξη από €1.000 έως €10.000 ετησίως (ΕΟ 151013)	€	€	€	€	€
5. Απώλεια Ζωής και ΜΟΑ/ΜΜΑ (ατυχ) από €10.000 έως €150.000 (ΕΟ 151061 & ΕΟ 151060)	€	€	€	€	€

Η. ΚΑΛΥΨΕΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ (**)

	1ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	2ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	3ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	4ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	5ος ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ
Ασφάλιση Βοήθειας «Φροντίδα MINETTA» (ΕΟ 151041) και Ασφάλιση «2ης Ιατρικής Γνωμάτευσης» (ΕΟ 151042)	☐	☐	☐	☐	☐

(**) Παρέχονται σε συνδυασμό με οποιαδήποτε κάλυψη πλην των Νοσοκομειακών Καλύψεων, στις οποίες εμπεριέχονται.

6 ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

A/A	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ

7 ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ

ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ☐

ΤΑΧΥΠΛΗΡΩΜΗ ☐

8 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΛΗΡΩΜΩΝ

ΕΦΑΠΑΞ ☐ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΩΣ ☐

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΩΣ ☐

ΜΗΝΙΑΙΩΣ (*) ☐

(*) Η μηνιαία εξόφληση προϋποθέτει χρέωση πιστωτικής κάρτας

9 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (Συμπληρώστε στο τέλος, στην ενότητα 9, την ανάλυση των καταφατικών απαντήσεων)

ΜΕΡΟΣ Α΄ (Συμπληρώνεται σε κάθε περίπτωση εκτός εάν έχουν επιλεγεί αποκλειστικά οι καλύψεις MINETTA Aid ή Aid Plus).

[illegible]

ΜΕΡΟΣ Β'. Δεν είναι απαραίτητη η συμπλήρωση αυτού του μέρους εάν έχετε επιλέξει μόνο εξωνοσοκομειακές (511Γ) ή αμιγώς ατυχηματικές καλύψεις (Προσωπικό Ατύχημα).

		ΝΑΙ					ΟΧΙ				
ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ:		1ος	2ος	3ος	4ος	5ος	1ος	2ος	3ος	4ος	5ος
8.10. Απορρίφθηκε, αναβλήθηκε ή εκκρεμεί πρόταση ασφάλισής σας σε άλλη ασφαλιστική εταιρία ή έγινε δεκτή με ειδικούς όρους;											
8.11. Εάν δηλώσατε ότι έχετε βιβλιάριο ασθενείας, υπάρχουν σε αυτό εγγραφές; Εάν ΝΑΙ, βεβαιώνετε ότι έχετε μεταφέρει όλες τις σχετικές πληροφορίες στην ενότητα 9 παρακάτω;											
8.12. Έχει μεταβληθεί αισθητά το βάρος σας (άνω των 10 kg) στη διάρκεια του τελευταίου έτους;											
8.13. Καπνίζετε ή καπνίζατε; Εάν ΝΑΙ, τι ποσότητα ημερησίως και για πόσο καιρό;											
8.14. Καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά; Εάν ΝΑΙ, τι ποσότητα ημερησίως;											
8.15. Κάνετε ή έχετε κάνει ποτέ χρήση ναρκωτικών ουσιών ή ψυχοφαρμάκων;											
8.16. Υποβλήθήκατε ποτέ σε ιατρικές εξετάσεις όπως ενδεικτικά: ηλεκτροκαρδιογράφημα, εξετάσεις αίματος και ούρων, δοκιμασία κόπωσης, αξονική ή μαγνητική τομογραφία, εξέταση AIDS ή άλλες εξετάσεις, που τα ευρήματά τους να απαιτούσαν ιατρική παρακολούθηση ή θεραπεία ή τα αποτελέσματά τους ήταν εκτός των φυσιολογικών ορίων ή εμφάνισαν παθολογικά ευρήματα;											
8.17. Σας έχει συσταθεί να υποβληθείτε στα παραπάνω είδη ιατρικών εξετάσεων;											
8.18. Στην οικογένειά σας (γονείς-αδέρφια) έχετε ή είχατε περιπτώσεις διαβήτη, κακοήθους νεοπλασίας, παθήσεων καρδιάς, νεφρών, υπέρτασης, εγκεφαλικού, διανοητικών/ψυχικών διαταραχών ή άλλων κληρονομικών νοσημάτων;											
8.19. Πάσχετε ή έχετε ιστορικό:											
α)	Παθήσεων καρδιάς, αγγείων και φλεβών ή του κυκλοφορικού (υπέρταση, στηθάγχη, έμφραγμα, φύσημα, κ.λπ.);										
β)	Παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος (πνευμόνες, βρόγχοι, κ.λπ.);										
γ)	Παθήσεων του πεπτικού συστήματος (στόμα, οισοφάγος, φάρυγγας, στομάχι, έντερο, ήπαρ, χοληδόχος κύστη, πάγκρεας, πρωκτός, κ.λπ.);										
δ)	Παθήσεων του ουροποιητικού συστήματος και γεννητικών οργάνων (κολικός νεφρού, νεφρολιθίαση, προστάτης, μήτρα, ωοθήκες, σάλπιγγες, κ.λπ.);										
ε)	Σακχαρώδους διαβήτη, υπερλιπιδαιμίας, παθήσεων θυρεοειδούς, υποφύσεως, επινεφριδίων ή άλλη ορμονική διαταραχή;										
στ)	Παθήσεων εγκεφάλου (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, κ.λπ.), νευρικού συστήματος ή ψυχικές παθήσεις;										
ζ)	Παθήσεων των μυών, οστών, σπονδυλικής στήλης, αρθρώσεων (οσφυαλγία, ισχιαλγία, δισκοπάθεια, αρθρίτιδες, κ.λπ.);										
η)	Παθήσεων του αίματος, των λεμφαδένων, των μαστών, του σπληνός;										
θ)	Παθήσεων αυτιών, ματιών, ρινός ή λαιμού;										
ι)	Παθήσεων του δέρματος (δερματίτιδες, σπίλοι, αλλεργίες, κ.λπ.);										
ια)	Νεοπλασμάτων, όγκων οποιασδήποτε μορφής, μηνιγγίτιδας;										
ιβ)	AIDS, αφροδισίων νοσημάτων;										
8.20. Έχετε ή είχατε άλλο πρόβλημα υγείας, ασθένεια ή νόσημα που δεν αναφέρεται παραπάνω;											
8.21. ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ: Έχετε απαλλαγεί ή πάρει αναβολή από τη στρατιωτική σας θητεία για λόγους υγείας;											
8.22. ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: Είστε έγκυος; Εάν ΝΑΙ, σε ποιο μήνα; Είναι ομαλή η εξέλιξη της εγκυμοσύνης;											
8.23. ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ: Έχουν γίνει όλοι οι προβλεπόμενοι από τον νόμο εμβολιασμοί;											

10 ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΦΑΤΙΚΩΝ ΣΑΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ				
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ	ΗΜ/ΝΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ	ΤΩΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ

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 ασφαλιστρών.

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 ΜΙΝΕΤΤΑ 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: / /

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	Ο ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ	Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗΣ
(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)	(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)	(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)	(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ	
Πιστοποιώ ότι η παρούσα πρόταση ασφάλισης και το ερωτηματολόγιο υγείας συμπληρώθηκαν και υπογράφηκαν ενώπιόν μου από τον ασφαλιζόμενο/συμβαλλόμενο που αναγράφεται παραπάνω.	
Ο ασφαλιστικός συνεργάτης (Ονοματεπώνυμο)	
Κωδικός	Ετήσια Ασφάλιστρα Μικτά(*) €
Υπογραφή	(*) Το ελάχιστο ετήσιο κόστος του συμβολαίου είναι €100