



ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ
ΕΔΡΑ ΑΘΗΝΩΝ: Λ. ΣΥΓΓΡΟΥ 193-195 & ΧΡ. ΣΜΥΡΝΗΣ 2, 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/B/86/34 • Δ.Ο.Υ.: ΦΑΕ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ
MINETTA

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ

MINETTA welcome

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	/ /	Αρ. Διαβατηρίου
Υπηκοότητα			Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.
Επάγγελμα					
Διεύθυνση	Οδός		Αριθμός		T.K.
	Πόλη		Συνοικία		Νομός
Τηλέφωνο		Κινητό		e-mail	

3 ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (αν είναι διαφορετικός από τον ΛΗΠΤΗ της ασφάλισης αλλιώς "Ο ΙΔΙΟΣ")

Όνοματεπώνυμο					
Όνομα Πατρός			Ημερ. Γέννησης	/ /	Αρ. Διαβατηρίου
Υπηκοότητα			Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.
Επάγγελμα					
Διεύθυνση	Οδός		Αριθμός		T.K.
	Πόλη		Συνοικία		Νομός
Τηλέφωνο		Κινητό		e-mail	

4 ΚΑΛΥΨΕΙΣ

	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΛΥΨΗΣ	ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΚΑΛΥΨΗΣ
1.	Μόνιμη ολική ή μερική ανικανότητα από ατύχημα (ΕΟ 100001)	15.000€
2.	Ιατροφαρμακευτικά έξοδα από ατύχημα ή ασθένεια (ΕΟ 110001) (μόνο στα εξωτερικά ιατρεία δημοσίων νοσοκομείων)	1.500€/ετησίως
3.	Νοσοκομειακή περίθαλψη από ατύχημα ή ασθένεια (ΕΟ 110002) (μόνο σε δημόσια νοσοκομεία)	10.000€/ετησίως
4.	Κάρτα προνομίων MINETTA	✓

Προβλέπεται συμμετοχή του ασφαλισμένου 20% στις καλύψεις υπ.αριθμόν 1, 2 & 3.

5 ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ημ/νία έναρξης		Πληρωμή: ΕΦΑΠΑΞ	Τρόπος είσπραξης: ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ☐
----------------	--	-----------------	--

6

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (Ιατρικό Ιστορικό)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Απορρίφθηκε, αναβλήθηκε ή εκκρεμεί πρόταση ασφάλισής σας σε άλλη εταιρία ή έγινε δεκτή με ειδικούς όρους;	☐	☐
2. Είστε κάτοχος άλλων ασφαλιστηρίων συμβολαίων ατυχημάτων ή ασθενείας;	☐	☐
3. Ασχολείστε με κάποιο επικίνδυνο άθλημα ή έχετε επικίνδυνες δραστηριότητες;	☐	☐
4. Ύψος: Βάρος: Έχει μεταβληθεί σημαντικά το σωματικό σας βάρος τα τελευταία 3 έτη;	☐	☐
5. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα ή αναπηρία οποιασδήποτε μορφής;	☐	☐
6. Έχετε κατά το παρελθόν υποστεί ατύχημα;	☐	☐
7. Υποφέρετε από κάποια χρόνια πάθηση;	☐	☐
8. Λαμβάνετε ή λαμβάνετε κάποιου είδους φαρμακευτική αγωγή;	☐	☐
9. Νοσηλεύτηκατε ποτέ για θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση;	☐	☐

7

ΔΩΣΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΤΙΚΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ (στο Ιατρικό Ιστορικό)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ	

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 ΑΙΤΩΝ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ
ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗΣ