

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ

(Μόνο για Δημόσια Νοσοκομεία)
ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ 4251/2014

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ:..... ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:...../...../.....

1. ΛΗΠΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣΕΠΩΝΥΜΟ.....ΟΝΟΜΑ.....ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....
ΗΜΕΡ.ΓΕΝ/ΣΗΣ...../...../.....ΑΡ.ΔΙΑΒ/ΡΙΟΥ.....ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ (υποχρεωτικά).....
Α.Φ.Μ.....Δ.Ο.Υ.....ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....ΠΟΛΗ.....Τ.Κ.....
ΤΗΛ.....ΚΙΝΗΤΟ.....ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....EMAIL.....2. ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ, αν είναι διαφορετικός από τον ΛΗΠΤΗ ασφάλισης αλλιώς «Ο ΙΔΙΟΣ»ΕΠΩΝΥΜΟ.....ΟΝΟΜΑ.....ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....
ΗΜΕΡ.ΓΕΝ/ΣΗΣ...../...../.....ΑΡ.ΔΙΑΒ/ΡΙΟΥ.....ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ (υποχρεωτικά).....
Α.Φ.Μ.....Δ.Ο.Υ.....ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....ΠΟΛΗ.....Τ.Κ.....
ΤΗΛ.....ΚΙΝΗΤΟ.....ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....EMAIL.....3. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:.....ΕΝΑΡΞΗ:...../...../.....ΛΗΞΗ:...../...../..... ΤΡΟΠΟΣ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ: **ΕΦΑΠΑΞ**4. ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ: Α. Β.5. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- ΒΑΡΟΣΥΨΟΣ..... Έχει μεταβληθεί σημαντικά το σωματικό σας βάρος τα τελευταία έτη;.....
- ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΙ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 3 ΕΤΗ; (Αν ΝΑΙ, αναφέρετε λεπτομερώς).....
- ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΤΕ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ; (Αν ΝΑΙ, αναφέρετε λεπτομερώς).....
- ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ Ή ΛΑΜΒΑΝΑΤΕ ΚΑΠΟΙΟΥ ΕΪΔΟΥΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ; (Αν ΝΑΙ, αναφέρετε λεπτομερώς).....
- ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΣΩΜΑΤΙΚΗ Ή ΨΥΧΙΚΗ ΒΛΑΒΗ; (Αν ΝΑΙ, αναφέρετε λεπτομερώς).....
- ΕΧΕΤΕ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΥΠΟΣΤΕΙ ΑΤΥΧΗΜΑ; (Αν ΝΑΙ, αναφέρετε λεπτομερώς).....
- ΕΧΕΙ ΑΠΟΡΡΙΦΘΕΙ, ΠΑΡΑΜΕΙΝΕΙ ΣΕ ΕΚΚΡΕΜΟΤΗΤΑ Ή ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ ΥΠΟ ΟΡΟΥΣ ΠΡΟΤΑΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ; (Αν ΝΑΙ, αναφέρετε λεπτομερώς).....
- ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟ ΑΘΛΗΜΑ Ή ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ; (Αν ΝΑΙ, αναφέρετε λεπτομερώς).....
- ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ; (Αν ΝΑΙ, αναφέρετε λεπτομερώς).....
- ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΤΟΝ ΦΟΡΕΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΖΗΤΕΙΤΑΙ Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ.....

6. ΑΙΤΗΜΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ 7. ΓΛΩΣΣΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΑΓΓΛΙΚΗ ☐ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ☐

ΠΑΡΟΧΕΣ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΕΤΗΣΙΑ ΟΡΙΑ
Θάνατος από ατύχημα	€1.000
Μόνιμη ολική ανικανότητα από ατύχημα	€15.000
Μόνιμη μερική ανικανότητα από ατύχημα, ανάλογα με την ανικανότητα % επί των	€15.000
Ευρεία νοσοκομειακή περίθαλψη από ασθένεια ή ατύχημα εντός νοσοκομείου	€10.000 (με συμμετοχή ασφαλισμένου 20%)
Ιατροφαρμακευτικά έξοδα από ασθένεια ή ατύχημα	€1.500 (με συμμετοχή ασφαλισμένου 20%)

- Η ΚΑΛΥΨΗ ΙΣΧΥΕΙ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ
- Η ΚΑΛΥΨΗ ΙΣΧΥΕΙ ΜΟΝΟ ΓΙΑ 1 ΕΤΟΣ. ΓΙΑ ΝΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΟΥ ΕΤΟΥΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΕΑΣ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ, ΒΑΣΕΙ ΤΗΣ ΟΠΟΙΑΣ ΘΑ ΓΙΝΕΙ ΕΚ ΝΕΟΥ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΧΗ Ή ΜΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΘΑ ΚΑΘΟΡΙΣΤΟΥΝ ΟΙ ΝΕΟΙ ΟΡΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.

Ο υπογράφων δηλώνω ότι οι απαντήσεις μου στην παρούσα Πρόταση Ασφάλισης είναι απολύτως ακριβείς και αληθείς και συμφωνώ ότι θα αποτελέσουν τη βάση για την έκδοση Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.

Δηλώνω ότι γνωρίζω την Ελληνική γλώσσα : ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ή άλλως το παρόν μου μεταφράστηκε πιστά από τον
και κατανόησα την παρούσα πρόταση

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- Σε περίπτωση έκδοσης Βεβαίωσης Ασφάλισης, το Συμβόλαιο **ΔΕΝ ΑΚΥΡΩΝΕΤΑΙ & ΔΕΝ ΕΠΙΣΤΡΕΦΟΝΤΑΙ** ασφάλιστρο.
- Η πρόταση ασφάλισης θα πρέπει να αποστέλλεται με αντίγραφο εν ισχύ διαβατηρίου.
- Τα παραπάνω στοιχεία είναι τα ελάχιστα απαραίτητα για την αξιολόγηση της απαίτησής σας. Η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να σας ζητήσει πρόσθετα, αναλυτικά στοιχεία και έγγραφα σε περίπτωση που αυτό κριθεί αναγκαίο

Δηλώσεις προς την ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

- Δηλώνω ειλικρινά ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθινές και ορθές σε κάθε λεπτομέρεια και συμφωνώ ότι εάν έχω προβεί σε οποιαδήποτε περαιτέρω δήλωση σε σχέση με την πιο πάνω απαίτηση ή σε δόλιες δηλώσεις ή έχω αποκρύψει ή δηλώσει αναληθώς οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία, το ασφαλιστήριο θεωρείται άκυρο και όλα τα δικαιώματα ανάκτησης αυτού σε σχέση με παρούσες ή μελλοντικές απαιτήσεις θα εκπίπτουν.
- Η διεύθυνση κατοικίας και η ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που δηλώνονται στην παρούσα αποτελούν τη νόμιμη κατοικία και τη νόμιμη ηλεκτρονική διεύθυνση του Ασφαλιζόμενου/ Συμβαλλόμενου αντίστοιχα, στις οποίες νόμιμα κοινοποιείται από την ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ κάθε έγγραφο που αφορά την παρούσα και το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα εκδοθεί και παράγονται τα κατά νόμο και κατά το ασφαλιστήριο συμβόλαιο αποτελέσματα από την ημέρα κοινοποίησης. Η ισχύς του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί, θα αρχίσει από την έκδοση και παράδοση αυτού και με τον όρο ότι θα έχει καταβληθεί το εφάπαξ ασφάλιστρο και ότι οι συνθήκες που επηρεάζουν την ασφαλισιμότητα του προτεινόμενου για ασφάλιση, παραμένουν όπως δηλώθηκαν στην παρούσα Πρόταση. Επίσης αποδέχομαι ότι η κατάρτιση, τροποποίηση ή κατάργηση της συναπτόμενης ασφαλιστικής συμβάσεως, θα αποδεικνύεται με έγγραφα που φέρουν την υπογραφή των νόμιμων εκπροσώπων της ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ.
- Δηλώνω ότι παρέλαβα από τον Διαμεσολαβούντα, έντυπα της εταιρείας σας, με τις πληροφορίες που απαιτούνται από το άρθρο 150 του Ν.4364/2016, σχετικά με τους αιτούμενους προς ασφάλιση κινδύνους.
- Αναφορικά με την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου, έλαβα γνώση, συμφωνώ και δηλώνω ρητά και εγγράφως ότι:
Α) Η εταιρεία με την επωνυμία ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, θα τηρεί αρχείο στα γραφεία της στην Αθήνα, Φιλελλήνων 25 και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης. Η εταιρεία θα διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα σε φυσικά πρόσωπα της ίδιας εταιρείας και σε άλλα τμήματα της ίδιας εταιρείας ή σε όποιον άλλον αποδέκτη απαιτείται εκ του νόμου, για τη διεκπεραίωση των ασφαλιστικών μας εργασιών.
Β) Δηλώνω ότι μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου εκ των άρθρων 12 & 13 του ν.2472/1997 και συγκεκριμένα του δικαιώματός μου λήψης πληροφοριών σχετικά με όλα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και του δικαιώματος προβολής αντιρρήσεων για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν.

Συμβαλλόμενος

Ημερομηνία: ____ / ____ / ____
Ασφαλισμένος

Ο Συνεργάτης

(υπογραφή- ονοματεπώνυμο)
(για Ν.Π.Ι.Δ. Σφραγίδα & υπογραφή Νόμ. Εκπροσώπου)

(υπογραφή- ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή- ονοματεπώνυμο-σφραγίδα)

Η Πρόταση Ασφάλισης θεωρείται αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (άρθρο 150 του ν.4364/2016)

Η πλήρης επωνυμία της Εταιρείας μας είναι :

ΕΥΡΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ

Διακριτικός τίτλος : ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Έδρα : Αθήνα Αττικής, Ελλάδα

Διεύθυνση έδρας : Φιλελλήνων 25, Αθήνα, Τ.Κ.:105 57, Τηλ: 210 3230707, Fax: 210 3254853,

website: www.europe-asfaltistiki.gr

Αριθμός ΓΕΜΗ: 857301000

Α.Φ.Μ. : 094156368

Εφαρμοστέο δίκαιο: Ελληνικό

Οι ασφαλισμένοι μπορούν να απευθύνονται στην παρακάτω ηλεκτρονική διεύθυνση για αιτιάσεις:

complaints@europe-asfaltistiki.gr

Ως αιτίαση νοείται το παράπονο ή η δήλωση δυσaréσκειας που απευθύνεται στην Εταιρεία από πρόσωπο φυσικό ή νομικό το οποίο σχετίζεται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που του παρέχονται.

Ως αιτιώμενος νοείται το πρόσωπο φυσικό ή νομικό που εκλαμβάνεται ως έχων τις προϋποθέσεις να εγείρει αιτίαση προς εξέταση.

Αρμόδια για τη διαχείριση των αιτιάσεων είναι η Υπεύθυνη Διαχείρισης Αιτιάσεων (τηλ.2103230707).

Η Εταιρεία θα εξετάσει την αιτίαση και θα αποστείλει έγγραφη αιτιολογημένη απάντηση στον αιτιώμενο, το αργότερο εντός 50 ημερολογιακών ημερών από την υποβολή της αιτίαςης.

Η ενεργοποίηση του μηχανισμού εξέτασης αιτιάσεων δεν διακόπτει την παραγραφή εννόμων αξιώσεων του αιτιώμενου.

Ο αιτιώμενος μπορεί να αποταθεί για την εξωδικαστική επίλυση του προβλήματός του σε άλλους φορείς, όπως ενδεικτικά τη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή, το Συνήγορο του Καταναλωτή (σε προθεσμία ενός έτους από όταν έλαβε πλήρη γνώση της βλαπτικής πράξης ή παράλειψης) και την Τράπεζα της Ελλάδος.

Περισσότερες πληροφορίες για την υποβολή αιτίαςης καθώς και για την διαδικασία διαχείρισης αιτιάσεων από την Εταιρεία μπορείτε να βρείτε στον ιστότοπο της Εταιρείας.



ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑΤΟΣ "ΝΙΚΟΣ Α. ΜΑΚΡΟΠΟΥΛΟΣ"

• Κεντρικά Γραφεία: Φιλελλήνων 25, Αθήνα 105 57, Τ: 210 3230707, F: 2103240327 • Α.Φ.Μ. 094156368, ΑΡ. ΦΑΚ. 240139, ΑΡ. Μ.Α.Ε. 12856/05/Β/86/36
• Υποκατάστημα Θεσσαλονίκης: 26ης Οκτωβρίου 90, Porto Center, Θεσσαλονίκη 546 27, Τ: 2310 508222, F: 2310 508226

info@europe-asfaltistiki.gr • www.europe-asfaltistiki.gr