

# ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ LLOYD'S



Cover Offered by : G.KARAVIAS & ASSOCIATES L.t.d.

Binding Authority Number : 799GR001970Z

## 1 ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

<p>Επώνυμο <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Όνομα <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Διεύθυνση <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Διεύθυνση Εισπράξεως <input style="width: 90%;" type="text"/></p>	<p>A.Φ.Μ. : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Δ.Ο.Υ. : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Τηλέφωνο : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Ταχ. Κώδ. : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Ημερ. Γέννησης : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px;">Ημέρα</td><td style="width: 30px;">Μήνας</td><td style="width: 30px;">Έτος</td></tr><tr><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr></table></p> <p>Ύψος : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Βάρος : <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	Ημέρα	Μήνας	Έτος	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
Ημέρα	Μήνας	Έτος					
<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>					

## 2 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

α. Επάγγελμα

β. Ασχολείσθε με περισσότερα από ένα επαγγέλματα; NAI :  OXI:   
 Αν **NAI** παρακαλούμε δηλώστε τα όλα

γ. Ασχολείσθε αποκλειστικά με εργασία γραφείου; NAI :  OXI:   
 Αν **OXI** παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες

## 3 ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΛΥΨΕΩΝ

α. Για ποιο Βασικό Κεφάλαιο επιθυμείτε να ασφαλισθείτε (σύμφωνα με τον ΠΙΝΑΚΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ)

β. Αιτούμενη κάλυψη απώλειας εβδομαδιαίου εισοδήματος από εργασία (να μην ξεπερνά το 0.25% του 3α) \*

γ. Επιθυμείτε Κάλυψη Ατυχημάτων και Ασθένειας; Αν Επιλέξατε **OXI** η ασφάλισή σας θα σας καλύπτει για **ΑΤΥΧΗΜΑ ΜΟΝΟ** NAI :  OXI:

δ. Αν Επιλέξατε **NAI** στην ερώτηση 3γ, επιθυμείτε την κάλυψη Ατυχήματος και Ασθένειας για τις χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Κοινότητας; Αν **NAI** αναφέρατε περιοχές και διάρκειες NAI :  OXI:

ε. Ταξιδεύετε αεροπορικώς σαν επιβάτης πολυκινητήριων αεροσκαφών τακτικών αεροπορικών εταιρειών; Αν **NAI** αναφέρατε τον κατα προσέγγιση αριθμό πτήσεων και πιθανούς προορισμούς ανά έτος NAI :  OXI:

στ. Παρακαλούμε δηλώστε την ημερομηνία από την οποία επιθυμείτε να ισχύει η κάλυψή σας 

Ημέρα	Μήνας	Έτος
<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>

ζ. Παρακαλούμε επιλέξτε τον τρόπο πληρωμής των ασφαλιστρών σας: Εξόφληση με την παράδοση του συμβολαίου:   
Visa :   
Master card :   
American Express :

\* **ΑΠΑΛΛΑΓΗ**

Αριθμός Κάρτας:

Ημερομηνία λήξης:

Όνομα Κατόχου Κάρτας:

4 Παρακαλούμε απαντήστε στις ακόλουθες ερωτήσεις βάζοντας στο αντίστοιχο τετραγωνάκι (x)

α. Έχετε ελαττωματική ακοή ή όραση; Αν **ΝΑΙ** σε ποιο βαθμό

ΝΑΙ :

ΟΧΙ:


β. Είχατε ποτέ κοίλη, διάστρεμμα, δισκοπάθεια ή άλλο φυσικό ελάττωμα χρόνιας ή υποτροπιάζουσας φύσης; Αν **ΝΑΙ** δώστε λεπτομέρειες

ΝΑΙ :

ΟΧΙ:


γ. Υποφέρατε ποτέ απο οποιαδήποτε καρδιακή πάθηση, υπέρταση, κισσούς, νευρικές διαταραχές, αλκοολισμό τοξικομανία ή άλλη ασθένεια ή οργανική αδυναμία χρόνιας ή υποτροπιάζουσας φύσης; Αν **ΝΑΙ** δώστε λεπτομέρειες

ΝΑΙ :

ΟΧΙ:


δ. Έχετε ποτέ χειρουργηθεί ή είχατε λόγους να πιστεύετε ότι ίσως χρειάζεστε χειρουργική επέμβαση; Αν **ΝΑΙ** δώστε λεπτομέρειες

ΝΑΙ :

ΟΧΙ:


ε. Τι ατυχήματα ή ασθένειες σας ανάγκασαν να απουσιάσετε από την εργασία σας για χρονικά διαστήματα μεγαλύτερα των 14 ημερων τα τελευταία 3 χρόνια;


ζ. Εκτός από οτιδήποτε έχετε ήδη αναφέρει είστε τώρα υγιής και έχετε γενικά καλή υγεία;

ΝΑΙ :

ΟΧΙ:

Αν **ΟΧΙ** παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες


η. Είστε τώρα ασφαλισμένος για ατύχημα ή ασθένεια ;

ΝΑΙ :

ΟΧΙ:

Αν **ΝΑΙ** με ποιά Εταιρεία

--

Για ποιο βασικό κεφάλαιο και εβδομαδιαίες παροχές

--

θ. Παρακαλούμε αιτιολογήστε το ετήσιο **πραγματικό** εισόδημά σας από το επάγγελμα που έχετε δηλώσει στο 2α


ι. Σας έχουν ποτέ απορρίψει ή αποδεχτεί με ειδικούς όρους, για ασφάλιση ζωής, ατυχήματος ή ασθένειας, ή έχουν ποτέ οι Ασφαλιστές των **LLOYD'S** ή οποιαδήποτε Εταιρεία ακυρώσει ή αρνηθεί να ανανεώσει το συμβόλαιό σας;

ΝΑΙ :

ΟΧΙ:

Αν **ΝΑΙ** δώστε λεπτομέρειες


## 5 ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ

Επιθυμείτε να ασφαλισθείτε για τους ακόλουθους κινδύνους;

α. Χειμερινά Σπόρ

ΝΑΙ :  ΟΧΙ:

Να περιλαμβάνονται και αγώνες

ΝΑΙ :  ΟΧΙ:

β. Καταδύσεις που απαιτούν χρήση αναπνευστικών συσκευών

ΝΑΙ :  ΟΧΙ:

γ. Αναρριχήσεις βράχων ή ορειβάσια που συνήθως απαιτεί τη χρήση σχοινιών και οδηγών

ΝΑΙ :  ΟΧΙ:

δ. Εξερευνήσεις σπηλαίων

ΝΑΙ :  ΟΧΙ:

ε. Αιωροπτερισμός ή πτώσεις με αλεξίπτωτο

ΝΑΙ :  ΟΧΙ:

στ. Κυνήγι πάνω σε άλογο

ΝΑΙ :  ΟΧΙ:

ζ. Συμμετοχή σε αγώνες ταχύτητας οποιουδήποτε είδους είτε ως οδηγός είτε ως επιβάτης

ΝΑΙ :  ΟΧΙ:

η. Επιβίβαση σε μοτοσυκλέτες ή μοτοποδήλατα

ΝΑΙ :  ΟΧΙ:

θ. Αεροπορικά ταξίδια εκτός από αυτά που περιγράφονται στην ερώτηση 3δ

ΝΑΙ :  ΟΧΙ:

ι. Οποιαδήποτε άλλη απασχόληση, σπόρ, ψυχαγωγία ή δραστηριότητα που έχουν αυξημένο κίνδυνο ατυχήματος

ΝΑΙ :  ΟΧΙ:

Αν έχετε σημειώσει οποιοδήποτε από τα τετράγωνα **ΝΑΙ** δώστε πλήρεις λεπτομέρειες παρακάτω:

Αριθμός Ερωτήσεως	Λεπτομέρειες

## ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

### Δ Η Λ Ω Σ Η

Απο ότι γνωρίζω/ουμε και πιστεύω/ουμε, τα στοιχεία που δόθηκαν σε σχέση με αυτή την πρόταση, γραμμένα με το χέρι μου/μας ή όχι, είναι αληθινά και δεν έχω/έχουμε αποκρύψει κανένα σημαντικό στοιχείο.

Καταλαβαίνω/νουμε ότι μη αποκάλυψη ή ψευδής παράσταση κάποιου σημαντικού στοιχείου δίνει στους Ασφαλιστές το δικαίωμα να ακυρώσουν την ασφάλιση.

(Σημείωση: Σημαντικό στοιχείο είναι αυτό που τυχόν θα επηρέαζε αποδοχή ή εκτίμηση αυτής της πρότασης από τους Ασφαλιστές.

Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία σχετικά με το αν κάποιο στοιχείο είναι σημαντικό ή όχι, πρέπει να το δηλώσετε).

Καταλαβαίνω/νουμε ότι οι Ασφαλιστές θα καθορίσουν τους όρους και εξαιρέσεις τους με βάση τις πληροφορίες που περιέχονται σε αυτή την πρόταση, επίσης καταλαβαίνω/νουμε ότι η υπογραφή αυτής της πρότασης δεν υποχρεώνει εμένα/εμάς να ολοκληρώσω/σουμε, ή τους Ασφαλιστές να αποδεχθούν αυτή την ασφάλιση.

**Υπογραφή του Προσώπου που πρόκειται να ασφαλιστεί (αν είναι άλλο από τον προτείνοντα)**

Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Υπογραφή προτείνοντα**

Υπογραφή \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Σύντομες πληροφορίες για την παρούσα κάλυψη αναγράφονται σε αυτό το έντυπο.

Αντίγραφο των εντύπων Όρων του Συμβολαίου μπορείτε να ζητήσετε από το Διαμεσολαβούντα σε αυτή την Ασφάλιση.