

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΑΚΕΤΟΥ TRAVEL SAFE στην ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΠΙΣΤΗ Α.Ε.Γ.Α.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Επώνυμο _____ Όνομα _____ Πατρώνυμο _____
Ημερομηνία Γέννησης _____ Α.Φ.Μ. _____ Δ.Ο.Υ _____
Επάγγελμα _____ Α.Δ.Τ. _____ email _____

Διεύθυνση Κατοικίας

Οδός _____ Αριθμός _____ ΤΚ _____ Πόλη _____

Διεύθυνση Εργασίας

Οδός _____ Αριθμός _____ ΤΚ _____ Πόλη _____

Τηλέφωνα: Οικίας _____ Εργασίας _____ Κινητό _____

Επιθυμώ να λαμβάνω την αλληλογραφία στη διεύθυνση Εργασίας / Κατοικίας

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (Υπογραμμίστε την απάντησή σας – Συμπληρώστε τα κενά)

- 1) Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α
Αριθμός τέκνων: ___ Αγόρια: ___ Κορίτσια: ___
2) Μόρφωση: Δημοτικό Γυμνάσιο – Λύκειο Ανώτερη Ανώτατη
3) Ασκείτε 2^ο επάγγελμα; ΟΧΙ ΝΑΙ (Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες) _____
4) Στρατιωτική Θητεία: Έχετε υπηρετήσει τη θητεία σας ΝΑΙ ΟΧΙ
5) Περιουσιακά Στοιχεία: Έχετε ιδιόκτητη κατοικία; ΝΑΙ ΟΧΙ
« « εξοχική κατοικία; ΝΑΙ ΟΧΙ
6) Έχετε ιδιόκτητο όχημα; ΕΙΧ ΦΙΧ ΜΟΤΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ (Υπογραμμίστε την απάντησή σας – Συμπληρώστε τα κενά)

Επώνυμο _____ Όνομα _____ Πατρώνυμο _____
Ημερομηνία Γέννησης _____ Α.Φ.Μ. _____ Δ.Ο.Υ _____
Επάγγελμα _____ Α.Δ.Τ. _____ email _____

Διεύθυνση Κατοικίας

Οδός _____ Αριθμός _____ ΤΚ _____ Πόλη _____

Διεύθυνση Εργασίας

Οδός _____ Αριθμός _____ ΤΚ _____ Πόλη _____

Τηλέφωνα: Οικίας _____ Εργασίας _____ Κινητό _____

Υψηκότητα: _____ Ύψος _____ ΜΤ Βάρος _____ Kg Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α

Στρατιωτική Θητεία: Έχετε υπηρετήσει τη θητεία σας ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ασκείτε 2^ο επάγγελμα, δώστε λεπτομέρειες: _____

Είστε ή ήσασταν ποτέ κάτοχος ασφαλιστηρίων Ζωής – Ατυχημάτων – Ασθενειών άλλης εταιρίας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ: Όνομα Εταιρίας _____ Είδος Ασφάλισης _____ Ετήσια Ασφάλιστρα _____

ΕΝΑΡΞΗ ΙΣΧΥΟΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ορισμός Δικαιούχων σε περίπτωση Απώλειας Ζωής

Κύριος Δικαιούχος

Όνοματεπώνυμο	Συγγένεια	Ηλικία	Ποσοστό
---------------	-----------	--------	---------

Υποκατάστατος Δικαιούχος

Όνοματεπώνυμο	Συγγένεια	Ηλικία	Ποσοστό
---------------	-----------	--------	---------

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ (Βάλτε **Ν** ή **Ο** για Ναι ή Όχι, δίπλα σε κάθε ερώτηση)

Βρίσκεστε αυτή τη στιγμή υπό ιατρική παρακολούθηση;

Τα τελευταία 5 χρόνια : Έχετε λάβει φαρμακευτική αγωγή

ή νοσηλευθήκατε σε νοσοκομείο ή κλινική για ιατρική παρακολούθηση ή εξετάσεις;

Έχετε ή είχατε ποτέ:

1. Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος;
2. Καρδιακές ενοχλήσεις ή παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος ή εγκεφαλικό επεισόδιο;
3. Παθήσεις του νευρικού συστήματος;
4. Παθήσεις στομάχου, εντέρων, νεφρών, ήπατος, παγκρέατος, ή χολής;
5. Κάποια πάθηση για την οποία ακολουθείτε κάποια θεραπεία π.χ. Υπέρταση, σακχαροδιαβήτη, παθήσεις θυρεοειδούς ή χρησιμοποιήσατε φάρμακα για κάποιο άλλο λόγο;
6. Έχετε υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις, ακτινογραφίες ή Η.Κ.Γ.;
7. Έχετε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση;
8. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα ή υποστεί ατύχημα ή ασθένεια που σας έχει αφήσει κάποια αναπηρία;
9. Πάσχετε ή υποφέρατε στο παρελθόν από κάποια νόσο που δεν αναφέρεται παραπάνω;
10. Έχετε ή είχατε ποτέ στην οικογένεια σας (γονείς – αδέρφια) περιπτώσεις παθήσεων καρδιάς, σακχάρου, νεφρών, υπερτάσεως, καρκίνου, εγκεφαλικού, διανοητικών ή νευρικών διαταραχών;
11. Είστε αριστερόχειρας;
12. Αναφέρατε το ασφαλιστικό σας ταμείο _____
13. **Για άνδρες:** Απαλλαγίκατε από τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις;
14. **Για γυναίκες:** α) Είστε έγκυος;
β) Πάσχετε ή υποφέρατε στο παρελθόν από οποιαδήποτε πάθηση της μήτρας, ωθηκών, μαστών ή άλλη γυναικολογική πάθηση;

Για ερωτήσεις που απαντήσατε «ΝΑΙ» παρακαλούμε αναφέρατε λεπτομέρειες: _____

Υπογραφή Προτεινόμενου/ης για ασφάλιση

Υπογραφή Λήπτη της ασφάλισης

Ημερομηνία
