



ΠΡΟΤΑΣΗ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ
GROUP PERSONAL ACCIDENT PROPOSAL FORM

Κεντρική
Ασφαλιστική

Ο ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ
THE INSURED

Πλήρες Ονομα

Name in full

Διεύθυνση εργασίας

Business address

Διεύθυνση κατοικίας

Private address

Τηλ. οικίας

Tel. residence

Τηλ. εργασίας

Tel. Business

E-mail:

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
OCCUPATION DESCRIPTION

Δώστε λεπτομερή κατάλογο ονομάτων, ηλικίας, μισθών και ωφελημάτων των ασφαλιζόμενων (επισυναπτόμενη λίστα)

Give a complete list of name, age, salaries and benefits of the insured persons (list is attached herewith)

Οι ασφαλιζόμενοι επιβλέπουν μόνο ή διεξάγουν και χειρονακτική εργασία;

Are the insureds superintending only or they are working manually?

.....

Χρησιμοποιείτε μηχανήματα;

Is machinery used?

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ
HEALTH BACKGROUND

Είναι οι ασφαλιζόμενοι απόλυτα υγιείς;

Are the insured persons in sound health?.....

Έχει οποιοσδήποτε ασφαλιζόμενος φυσική αναπηρία ή πάσχει από άλλη αιτία;

Has any of the insured persons any physical or other defect or weakness of any kind?

.....

Έχουν οι ασφαλιζόμενοι ελαττωματική όραση ή ακοή;

Is the sight or hearing of any of the insureds impaired?.....

Μήπως οι ασφαλιζόμενοι είχαν ποτέ ασθένεια αναφορικά με την όραση ή την ακοή;

Has ever any of the insured persons had any eye or ear disease?

Τι ατυχήματα είχατε στο παρελθόν στην εργασία σας;

Did you ever had any accident in the past? If yes, state them.

.....

Μήπως κάποιος συγγενής των ασφαλιζόμενων υπέφερε ποτέ από φυματίωση, διαβήτη, επιληψία ή τρέλλα;

Has any of the insured persons near relatives ever suffered tubercular, diabetes, epilepsy or insanity?

.....

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
INFORMATIONS

Ταξιδεύουν οι ασφαλιζόμενοι συχνά; Εάν ναι, δώσατε λεπτομέρειες

Do the insured persons travel regularly? If so, give particulars.

.....

Μήπως κάποιος από τους ασφαλιζόμενους ταξιδεύει ή σκοπεύει να ταξιδεύσει αεροπορικά εκτός από συνηθισμένες πτήσεις, ή μήπως είναι πιλότος ή αεροσυνοδός ή μέλος πληρώματος ή μήπως ασχολείται με ποδόσφαιρο, ορειβασία, χειμερινό σπορ, αγώνες ταχύτητας ή οδηγεί μοτοσυκλέτα;

Does any of the insured persons travel by air other than as a regular passenger or is he a pilot or member of air-crew or does he engage in winter sports or other sports, mountaineering, Motor Cycling or racing or any kind?

.....

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ INSURANCE BACKGROUND

Μήπως έχετε ποτέ ασφαλισθεί έναντι ατυχημάτων ή ασθενειών;

Have you ever insured against injury, disease or illness?.....

Είναι η προτεινόμενη ασφάλεια ως συμπληρωματική άλλης ασφάλειας;

Is this proposal for an additional Insurance?

Μήπως άλλη Εταιρεία απέρριψε ποτέ πρόταση σας ομαδικής ασφάλειας ζωής ή ατυχημάτων;

Has any company ever declined you any proposal for group life or accidents?

.....

Μήπως οιαδήποτε Εταιρεία αρνήθηκε να αποδεχθεί ανανέωση συμβολαίου σας, ακύρωσε συμβόλαιο ή σας επέβαλε ειδικούς όρους;

Has any company ever refused to accept renewal of your policy, cancelled your policy or imposed special conditions?

.....

Ημερομηνία έναρξης

Date of effect

Ημερομηνία Λήξης

Date due

ΔΗΛΩΣΗ - DECLARATION

Επιθυμώ να συνάψω/ουμε ασφάλεια με την ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΤΔ και αποδέχομαι/στε το συνηθισμένο Συμβόλαιο της Εταιρείας γι' αυτό τον τύπο ασφαλείας, δηλώνω/ουμε δε ότι οι άνω απαντήσεις και δηλώσεις είναι αληθείς και πλήρεις. Δηλώνω ότι δεν έχω/ουμε αποκρύψει οιοδήποτε ουσιώδες γεγονός και συμφωνώ/ουμε ότι η παρούσα πρόταση θα αποτελεί βάση της μεταξύ μου/μας και της Εταιρείας συμφωνίας.

I/We desire to effect with the Company an insurance in the terms of the policy used for this class of business and I/We warrant that the above statements and particulars are correct and complete. I/We agree that this proposal shall be the basis of the contract between me/us and the Company.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Date:

Signature:.....

ΛΙΣΤΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ
LIST OF INSURED PERSONS

Όνομα Name	Ηλικία Age	Μισθός Salary	Ωφελήματα Benefits	Είδος εργασίας Occupation

ΚΑΛΥΨΗ	ΩΦΕΛΗΜΑΤΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
A. Θάνατος από ατύχημα			
B. Μόνιμη Ολική ανικανότητα			
B1. Ακρωτηριασμός			
Γ. Προσωρινή Μερική Ανικανότητα Μέχρι 104 εβδομάδες			
Δ. Προσωρινή Μερική Ανικανότητα Μέχρι 26 εβδομάδες			
E. Ιατρικά Έξοδα μέχρι			

Ως επεξήγηση του B θα εφαρμόζεται η κάτωθι κλίμακα ωφελημάτων:

1.	Ολική και Μόνιμη ανικανότητα	100%	του ποσού
2.	Ολική και μη επανακτημένη απώλεια της όρασης και στους δύο οφθαλμούς	100%	«
3.	Απώλεια χρήσης αμφοτέρων των μελών του σώματος	100%	«
4.	Απώλεια της όρασης του ενός οφθαλμού	50%	«
5.	Απώλεια ενός μέλους του σώματος	50%	«
6.	Πλήρης απώλεια της ακοής και ομιλίας	50%	«
7.	Πλήρης απώλεια της ακοής σε ένα αυτί	20%	«
8.	Απώλεια αντίχειρα (2 φάλαγγες)	20%	«
9.	Απώλεια αντίχειρα (1 φάλαγγα)	10%	«
10.	Απώλεια δεικτη (3 φάλαγγες)	10%	«
11.	Απώλεια δεικτη (2 φάλαγγες)	8%	«
12.	Απώλεια δεικτη (1 φάλαγγα)	5%	«
13.	Απώλεια οιουδήποτε άλλου δακτύλου χειρός (3 φάλαγγες)	5%	«
14.	Απώλεια οιουδήποτε άλλου δακτύλου χειρός (2 φάλαγγες)	4%	«
15.	Απώλεια οιουδήποτε άλλου δακτύλου χειρός(1 φάλαγγα)	3%	«
16.	Απώλεια μεγάλου δακτύλου ποδός	3%	«
17.	Απώλεια οιουδήποτε άλλου δακτύλου ποδός	2%	«
18.	Οιαδήποτε άλλη μόνιμη ανικανότητα που δεν καθορίζεται ανωτέρω εκτός από απώλεια της γεύσης ή όσφρησης, θα υπολογίζεται από την Εταιρεία με βάση το πιστοποιητικό του γιατρού.		