

**ΠΡΟΤΑΣΗ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΡΑΣΙΤΕΧΝΙΚΩΝ ΑΘΛΗΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ****A. ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

| | | | |
|---------------|--|------------|--|
| ΕΠΩΝΥΜΟ | | ΟΝΟΜΑ | |
| ΥΨΟΣ | | ΒΑΡΟΣ | |
| Α.Φ.Μ. | | Δ.Ο.Υ. | |
| Δνση Επικον. | | Αριθμός | |
| Τ.Κ./Περιοχή | | Πόλη/Νομός | |
| Επάγγελμα | | Τηλέφωνο | |
| Ηλεκτρον.Δνση | | Κινητό | |

B. ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ

| A/A | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | ΑΘΛΗΜΑ | ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ |
|-----|---------------|--------------------|--------|------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

(για περισσότερα άτομα επισυνάψτε λίστα)

Γ. Διάρκεια Ασφάλισης

ΑΠΟ:

Δ. ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ (σημειώστε με ένα ✓)

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ : ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ :

ΒΑΣΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 1:

ΒΑΣΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 2:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ : ΝΑΙ..... ΉΧΙ.....

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 1:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 2:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 3:

Ε. Τρόπος πληρωμής (σημειώστε με ένα ✓) : Ετήσια Δόση..... Εξάμηνες Δόσεις..... Τριμηνιαίες Δόσεις.....

ΣΤ. Πρόσθετες πληροφορίες (Additional Information)

1. Έχετε οποιαδήποτε κάλυψη υγείας; (Εάν ναι, αναφέρετε ταμείο ή Ασφαλιστική Εταιρία)
(Are you covered under any medical insurance? if so, please refer Insurance Company) **ΝΑΙ..... ΟΧΙ**
2. Έχετε κάποια αναπηρία, ανικανότητα, σωματικό ελάττωμα, δυσμορφία ή συγγενική πάθηση;
(Do you suffer from any disability, physical defect, deformity or congenital condition?) **ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....**
3. Υποβληθήκατε ποτέ σε ιατρική ή νοσοκομειακή περίθαλψη ή χειρουργική επέμβαση;
(Have you ever received any medical, in-hospital or surgical treatment?) **ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....**
4. Υποφέρετε τώρα από κάποια ασθένεια ή τραυματισμό;
(Are you suffering from any illness or injury?) **ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....**
5. Ασχολείσθε με επικίνδυνα σπορ ή επικίνδυνες δραστηριότητες; (Εάν ναι αναφέρατε είδος, συχνότητα, εμπειρία)
(Are you practicing any dangerous sports or hazardous activities? If so please specify type, duration etc.) **ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....**
6. Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή;
(Do you receive any medical prescription?) **ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....**

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:.....

Δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθινά, ακριβή και πλήρη και συμφωνώ ότι οποιαδήποτε απόκρυψη σημαντικών πληροφοριών απαλλάσσει την Εταιρεία από κάθε υποχρέωση αποζημίωσης. Η παρούσα αίτηση δεν συνιστά αποδοχή του κινδύνου από την εταιρεία η οποία διατηρεί το απόλυτο δικαίωμα άρνησης παροχής ασφαλιστικής κάλυψης. **Αποδέχομαι να προκαταβάλω τα ασφάλιστρα για την κάλυψη που αιτούμαι.** Η αποδοχή ασφάλισης πραγματοποιείται μόνο με την έκδοση ασφαλιστηρίου συμβολαίου και η έναρξη της ασφαλιστικής κάλυψης γίνεται μόνο με την έγκαιρη εξόφλησή του. Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση και αποδέχομαι τα ακόλουθα: Η ΜΕΝΤΙΤΕΡΡΑΝΙΑ ΑΑΕΖ τηρεί και επεξεργάζεται αρχείο με προσωπικά δεδομένα των ασφαλιζομένων της, στα οποία περιλαμβάνονται και ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, με σκοπό την καλή λειτουργία και εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης. Η ασφαλιστική εταιρεία έχει δικαίωμα να χρησιμοποιεί τα προσωπικά δεδομένα κάθε ασφαλισμένου της, εκτός από τα ευαίσθητα, για προωθητικές ενέργειες, δικές της ή τρίτων αλλά ο ασφαλισμένος μπορεί με γραπτή δήλωσή του στην ασφαλιστική εταιρεία να καταργήσει οποτεδήποτε αυτό το δικαίωμα. Αποδέκτες προσωπικών δεδομένων των ασφαλισμένων μπορεί να είναι τα πρόσωπα που διαμεσολάβησαν για την σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης, δημόσιες Αρχές, τα ασφαλιστικά ταμεία ή οι συνεργαζόμενοι αποκλειστικά με την εταιρεία, οι οποίοι είναι συμβατικά υποχρεωμένοι για την παροχή ασφαλιστικών καλύψεων (γιατροί, νοσηλεύτρια, διαγνωστικά κέντρα, πραγματογνώμονες, δικηγόροι κ.α.). Τέλος, βεβαιώνω ότι ενημερώθηκα προσυμβατικά σχετικά με το εφαρμοστέο δίκαιο στην ασφαλιστική σύμβαση.

I hereby declare that all statements, answers and information given above are true accurate and complete and i understand that if i provide false or fraudulent information on this application no insurance coverage will be provided by the insurance company. I also agree that any concealment information exempts the Company from any liability or any claim indemnity. This application does not constitute acceptance of risk by the insurance company which maintains the absolute right to refuse to provide insurance coverage. I agree to pay on advance the current premium for this insurance. The acceptance of insurance is proven only by the issuing of the relevant insurance contract/policy and the commencement of cover only the early settlement (insurance coverage is in force strictly after the prompt payment of the premium due). I also declare that i hereby acknowledge and accept the following: Medierrania maintains and processes personal data of its insured clients, including sensitive personal data, for the purpose of the proper operation and performance of the insurance policy. The insurance company has the right to use the personal data of each insured person for promotional activities, its own or third parties. The insured person, may be written declaration to the insurance company, abolish any such right. The recipients of person data of insured persons may be the intermediaries for the taking out of insurance funds, or those cooperating exclusively with the company, who are contractually obliged to provide insurance cover (doctors, murning homes, diagnostic centers, experts, lawyers etc). Finally, i certify that i was informed in advance of the law applicable to the insurance contract.

ΠΟΛΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

Ο ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

Ο ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ

.....

.....

.....