



ΔΥΝΑΜΙΣ
Α Σ Φ Α Λ Ι Σ Τ Ι Κ Η

ΔΥΝΑΜΙΣ Α.Ε.Γ.Α.

ΛΕΩΦ. ΣΥΓΓΡΟΥ 320, 176 73 ΚΑΛΛΙΘΕΑ - ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ.ΚΕΝΤΡΟ: 210-9006900, FAX: 210-9237768, TELEX: 219678 DYNA GR
e-mail: info@dynamis.gr - http://www.dynamis.gr

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ:

ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ 28 , 546 24 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΤΗΛ. ΚΕΝΤΡΟ: 2310 – 280155, 276741 , FAX: 2310-288186 , Email: yp.thessaloniki@dynamis.gr

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ:

ΚΩΔΙΚΟΣ:

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ:

Έναρξη

Λήξη

Εφάπαξ

2 Εξαμηνιαίες δόσεις

Άλλος τρόπος

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:

Όνοματεπώνυμο Λήπτη της Ασφάλισης

Ημερομηνία γεννήσεως

Α.Φ.Μ.

ΔΟΥ

Επάγγελμα

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Οδός

Αριθμός

Τ.Κ.

Πόλη

Τηλέφωνο Εργασίας

Οικίας

Κινητό

e-mail

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ:

Όνοματεπώνυμο Ασφαλιζόμενου (Συμπληρώστε μόνο εάν είναι διαφορετικό πρόσωπο)

Ημερομηνία γεννήσεως

Α.Φ.Μ.

ΔΟΥ

Επάγγελμα

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Οδός

Αριθμός

Τ.Κ.

Πόλη

Τηλέφωνο Εργασίας

Οικίας

Κινητό

e-mail

Σημειώστε την περιγραφή εργασίας που αντιστοιχεί στο επάγγελμά σας:

Επιβλέπων μόνο

Επιβλέπων και μερικές φορές
εργαζόμενος χειρονακτικώς

Ερναζόμενος χειρονακτικώς

Υπάλληλος μόνο

Χρησιμοποιούν μηχανήματα

Μη χρησιμοποιούν μηχανήματα

Άλλο περιγράψτε:

Για ποια ατυχήματα ή ασθένεια έχετε συμβουλευτεί τον γιατρό σας κατά την διάρκεια των 10 τελευταίων ετών; Υποβλήθηκαν σε εξετάσεις; Κάνετε θεραπείες; Δώστε λεπτομέρειες:

Φύση ατυχήματος ή Ασθένειας :

Ημερομηνία:

Διάρκεια:

Έχετε απ' όσο γνωρίζετε α. φυσικό ή άλλο ελάττωμα:

β. σοβαρό πρόβλημα υγείας:

Χρησιμοποιείτε οχήματα κατά την εκτέλεση της εργασίας σας: ΝΑΙ ΟΧΙ

Ασχολείστε με οποιαδήποτε επικίνδυνη δραστηριότητα; _____

Σημείωση: Επιθυμείτε να ασφαλισθείτε ενώ θα ασχολείστε με παρόμοιες δραστηριότητες; _____

Ασφαλίζετε ήδη έναντι ατυχημάτων; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ δηλώστε τις καλυπτόμενες παροχές:

--	--

Αναφέρατε για ποια κεφάλαια επιθυμείτε να ασφαλιστείτε για Προσωπικά Ατυχήματα:

Α. Θάνατος από Ατύχημα	€
Β. Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα	€
Γ. Μόνιμη Μερική Ανικανότητα από ατύχημα (% επί του Ασφ.Κεφαλαίου Θανάτου)	€
Δ. Πρόσκαιρη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα (εβδομαδιαίως)	€
Ε. Ιατρικές και Χειρουργικές δαπάνες από Ατύχημα	€

Σ Τ Ο Ι Χ Ε Ι Α Δ Ι Κ Α Ι Ο Υ Χ Ω Ν Σ Ε Π Ε Ρ Ι Π Τ Ω Σ Η Θ Α Ν Α Τ Ο Υ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ

ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

Από την παρούσα ασφάλιση εξαιρείται μεταξύ άλλων οποιαδήποτε Σωματική Βλάβη που προκαλείται από:

1. Οποιαδήποτε εγκληματική πράξη του ασφαλιζομένου προσώπου ή απόπειρας τέτοιας πράξης ή αντίστασης σε διαταγή αστυνομικής ή άλλης αρμόδιας αρχής ή ηθελημένης έκθεσης του σε κίνδυνο (εκτός της προσπάθειας για διάσωση ανθρώπινης ζωής) ή αυτοκτονίας ή απόπειρας αυτοκτονίας ή εκουσίως αυτοτραυματισμού.
2. Ιατρική ή χειρουργική θεραπεία, εκτός εάν αυτή η θεραπεία καθίσταται επιβεβλημένη λόγω Σωματικής Βλάβης συνεπεία ατυχήματος καλυπτόμενου από το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.
3. Επίδραση (πρόσκαιρη ή χρόνια) οινοπνεύματος, λήψη φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, αφροδίσιου νοσήματος ή παραφροσύνης.
4. Εγκυμοσύνη ή τοκετό.
5. Χειμερινά σπορ, αναρρίχηση βράχων, ορειβασία (η οποία απαιτεί χρήση σχοινιών ή οδηγών), εξερεύνηση σπηλαίων, καταδύσεις, πτώσεις με αλεξίπτωτο, ποδόσφαιρο, χρήση (είτε ως οδηγού είτε ως επιβάτη) μοτοσικλέτας, μοτοποδηλάτου ή ποδηλάτου μετά βοηθητικού κινητήρα, υπερπήδηση εμποδίων με άλογα, κυνήγι μεγάλων ζώων, κάθε μορφή κυνηγιού, αγώνες ταχύτητας πάσης φύσης εκτός του αγωνίσματος δρόμου πεζών.
6. Πάσης φύσης εναέριες πτήσεις εκτός εκείνων του επιβάτη μηχανοκίνητου αεροσκάφους προοριζόμενου να μεταφέρει επιβάτες και το οποίο έχει σχετική άδεια για αυτό.

Δήλωση

Παρακαλώ να εκδώσετε ασφαλιστήριο με βάση τα παραπάνω στοιχεία τα οποία δηλώνω ότι είναι ακριβή και αληθινά. Δηλώνω ότι αποδέχομαι την ασφάλιση αυτή σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονται στο ασφαλιστήριο και συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύει αφού προηγουμένως η πρότασή μου γίνει δεκτή από την Εταιρία σας. Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση από την Εταιρία όλων των προβλεπόμενων από το νόμο πληροφοριών (Ν.400/1970, άρθρο 4, παρ.2, περίπτωση Η), δηλαδή ότι η σύμβαση που θα καταρτιστεί θα διέπεται από το Ελληνικό Δίκαιο, ότι παρέχεται δικαίωμα υποβολής παραπόνων στην Εταιρία η οποία έχει την υποχρέωση να δίνει επεξηγήσεις μέσα σε προθεσμία δεκαπέντε (15) ημερών από της υποβολής του παραπόνου και ότι σε καμία περίπτωση η διαδικασία αυτή δεν αποστερεί το λήπτη της ασφάλισης από τη νόμιμη δικονομική του προστασία.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ