

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ “ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗ”

Κωδ:	Επωνυμία:	Κωδ:	Επωνυμία:
Α.Φ.Μ.:	Αρ. Ειδ. Μητρώου:	Α.Φ.Μ.:	Αρ. Ειδ. Μητρώου:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο	Πατρώνυμο
Τηλέφωνο / Φαξ	Κινητό email
Α.Φ.Μ / ΔΟΥ	Σχέση με τον Ασφαλιζόμενο:
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	T.K.: Πόλη:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο	Όνομα Πατρός
Επάγγελμα	Ημερομηνία Γέννησης
Τρόπος Πληρωμής	Ετήσιος
Τηλέφωνο / Φαξ	Α.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ
Κινητό	Αρ. Διαβατηρίου
	email
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	T.K.: Πόλη:
Ημερομηνία Ασφάλισης	Έναρξη: Λήξη:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Όνοματεπώνυμο	Σχέση με τον ασφαλιζόμενο:
---------------	----------------------------

ΚΑΛΥΨΕΙΣ – ΟΡΙΑ ΠΑΡΟΧΩΝ

I. Θάνατος από Ατύχημα	€1.000
II. Μόνιμη Ολική / Μερική Ανικανότητα, από Ατύχημα 80% κάλυψη	€15.000
III. Ιατροφαρμακευτικά Έξοδα από Ατύχημα ή/και Ασθένεια σε Δημόσιο Νοσοκομείο, 80% κάλυψη ανά γεγονός και ετησίως	€1.500
IV. Ευρεία Νοσοκομειακή Περίθαλψη σε Δημόσιο Νοσοκομείο 80% κάλυψη ανά γεγονός και ετησίως	€10.000

ΚΟΣΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΗΛΙΚΙΑ	ΕΤΗΣΙΑ ΟΛΙΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
2 μηνών – 19 ετών	90 €
20 – 40 ετών	95 €
41 – 60 ετών	110 €
61 – 70 ετών	170 €

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. Υποφέρετε τώρα από κάποια ασθένεια ή τραυματισμό;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
2. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα, αναπηρία ή συγγενή πάθηση;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3. Έχετε λάβει τα τελευταία 5 χρόνια φάρμακα ή νοσηλευτήκατε ή έχετε υποβληθεί σε κάποια θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
4. Οδηγείτε μοτοποδήλατο ή μοτοσυκλέτα?	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
5. Ασχολείσθε με επικίνδυνα σπορ ή επικίνδυνες δραστηριότητες;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

Επεξηγήσατε λεπτομερώς όλες τις καταφατικές απαντήσεις των ανωτέρω ερωτήσεων

.....

Αποδέχομαι, ανεπιφύλακτα, ότι :

- α) Τα στοιχεία, που σας δήλωσα, είναι απολύτως αληθή και δεν έχω παραλείψει οποιοδήποτε στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει τους υπό ασφάλιση κινδύνους.
- β) Κάθε μεταβολή των ανωτέρω στοιχείων θα γνωστοποιείται από εμένα, εγγράφως, στην Εταιρία σας.
- γ) Η παρούσα αίτηση δεν αποτελεί ασφαλιστήριο συμβόλαιο, ούτε βεβαίωση ασφαλίσεως, ούτε δημιουργεί οποιοδήποτε υποχρέωση ή δέσμευση της Εταιρίας σας, προς οποιονδήποτε, για οποιονδήποτε ανεξαρτέτως λόγο και αιτία.
- δ) Η ασφαλιστική κάλυψη αρχίζει μόνο με την καταβολή ολόκληρου του οφειλόμενου ασφαλιστρού, πριν από την οποία απαγορεύεται η παράδοση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σ'εμένα.
- ε) Οι καλύψεις και τα κεφάλαια αντών θα αποδικνύονται, αποκλειστικά και μόνο, από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα εκδοθεί σχετικά.
- στ) Οποιαδήποτε έγγραφη επικοινωνία μπορεί να γίνεται, είτε με επιστολή, είτε με ηλεκτρονική αλληλογραφία ή τηλεομοιοτυπία ή με αποστολή μηνύματος σε συσκευή κινητής τηλεφωνίας, σε στοιχεία επικοινωνίας που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτησή μου.
- ζ) Η αίτηση - πρότασή μου αυτή, μαζί με τις συμπληρωματικές πληροφορίες και προϋποθέσεις, θα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης, θα ισχύει δε και για κάθε τυχόν ανανέωση της ασφαλιστικής σύμβασης, εκτός εάν, εγγράφως, σας δηλώσω επιθυμία τροποποίησης αυτής, που αποδεχθεί, η Εταιρία σας, επίσης εγγράφως.
- η) Έλαβα γνώση των Γενικών και Ειδικών Όρων ασφάλισης, τους οποίους ανέγνωσα και αποδέχομαι ρητά και ανεπιφύλακτα και των σχετικών δηλώσεων εναντίωσης και υπαναχώρησης.
- θ) Έλαβα γνώση των πληροφοριών που προβλέπει το άρθρο 150 του Ν.4364/2016, ήτοι:

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ (Σύμφωνα με το Άρθρο 150 του Ν.4364/2016)	
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ - ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Ανώνυμη Ελληνική Ασφαλιστική Εταιρεία Α.Φ.Μ.: 094035800 / Δ.Ο.Υ.: ΦΑΕ ΑΘΗΝΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΗΣ ΕΛΡΑΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	Λ.ΚΗΦΙΣΙΑΣ 81-83, 151 24 ΜΑΡΟΥΣΙ / ΤΗΛ.: 210-4173300, 210-4173326 / ΦΑΞ: 210-4173345, 210-4173336
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (ΑΡ.Γ.Ε.ΜΗ.)	44319107000
ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ	Μέλος του Εμπορικού και Βιομηχανικού Επιμελητηρίου Αθηνών με Αριθμό Μητρώου 314711
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ	info@np-asfalistikl.gr
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΣ ΤΟΠΟΣ	www.np-asfalistikl.gr
ΕΠΟΠΤΙΚΗ ΑΡΧΗ	Η Τράπεζα της Ελλάδος (Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης)
ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΟ ΔΙΚΑΙΟ	Η ασφαλιστική σύμβαση διέπεται από το Ελληνικό Δίκαιο.
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ	Η δραστηριότητα της NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ - ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε. επικεντρώνεται σε ασφαλίσεις ζημιών του άρθρου 4 παρ. 1 του Ν.4364/2016 και συγκεκριμένα σύμφωνα με την άδεια λειτουργίας της στην: <ul style="list-style-type: none"> • Ασφάλιση Ατυχημάτων • Ασφάλιση Ασθενειών • Ασφάλιση Χερσαίων Οχημάτων (εκτός σιδηροδρομικών) • Ασφάλιση Ηλίων (θαλάσσιων, λιμναίων και ποτάμιων σκαφών) • Ασφάλιση Μεταφερόμενων Εμπρευματών • Ασφάλιση Πυρκαϊάς και άλλων Στοιχείων της Φύσης • Ασφάλιση Λοιπών Ζημιών Αγαθών
	<ul style="list-style-type: none"> • Ασφάλιση Αστικής Ευθύνης από Χερσαία αυτοκίνητα οχήματα • Ασφάλιση Αστικής Ευθύνης από Θαλάσσια, Λιμναία και Ποτάμια Σκάφη • Ασφάλιση Γενικής Αστικής Ευθύνης • Ασφάλιση Διαφόρων Χρηματικών Αποβλητών • Ασφάλιση Νομικής Προστασίας • Ασφάλιση Βοήθειας

- ι) Στα πλαίσια της προσυμβατικής ενημέρωσής μου, έλαβα, εκτός των ανωτέρω, το ειδικό έγγραφο πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν, κατά τις διατάξεις του άρθρου 30 του Ν. 4583/2018, δεδομένου ότι το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο αφορά ασφαλιστικό προϊόν των κλάδων ασφάλισης της παρ. 1 του άρθρου 4 του Ν.4364/2016 και τις γενικές πληροφορίες - επιπρόσθετες πληροφορίες - αναλύσεις των ασφαλιστικών μου αναγκών και συμβουλές, που προβλέπονται στις διατάξεις των άρθρων 28, 29 και 30 του Ν.4583/2018, με βάση τις οποίες σχημάτισα προσωπική άποψη και απόφαση, με δική μου πρωτοβουλία, για το ασφαλιστικό προϊόν που αναφέρεται στην παρούσα πρόταση - αίτηση ασφάλισης.
- ια) Έλαβα γνώση ότι η Εταιρία εφαρμόζει πολιτική διαχείρισης ατυχημάτων, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στη σχετική Πράξη Εκτελεστικής Επιτροπής της Τράπεζας της Ελλάδος (ΠΕΕ 88/5.4.2016), αλλά και ότι ως «αίτιαση» εννοείται η δήλωση δυσάρεσκων, που απευθύνεται στην Εταιρία, από πρόσωπο, το οποίο σχετίζεται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που του παρέχονται. Έλαβα επίσης γνώση ότι αιτίσεις δεν θεωρούνται οι αναγγελίες ασφαλιστικών απαιτήσεων, οι αιτήσεις αποζημίωσης, καθώς και απλά αιτήματα που σχετίζονται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο και την παροχή πληροφοριών ή διευκρινίσεων γι' αυτό, ότι η Εταιρία έχει ορίσει υπεύθυνο πρόσωπο που συντονίζει την ορθή και έγκαιρη διαδικασία διαχείρισης των ατυχημάτων που υποβάλλονται, αλλά και ότι πληροφορίες για την διαδικασία διαχείρισης ατυχημάτων θα βρω στην ιστοσελίδα της Εταιρίας <www.np-asfalistikl.gr>
- ιβ) Έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα να εναντιωθώ, εμπρόθεσμα, στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο, σύμφωνα με την ισχύουσα Νομοθεσία και με την υποβολή γραπτής δήλωσης, η οποία πρέπει να σταλεί, ως συστημένη, στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας, στις εξής περιπτώσεις:
 - αν το περιεχόμενο του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου παρεκκλίνει από την αίτηση ασφάλισής μου (παρ. 5 του άρθρου 2 του Νόμου 2496/1997),
 - αν δεν μου παραδόθηκαν, κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης/πρότασης για ασφάλιση, οι πληροφορίες που προβλέπονται στο άρθρο 150 του Ν.4364/2016 ή εάν δεν μου παραδόθηκαν, με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, οι Γενικοί και Ειδικοί Οροι που διέπουν την ασφαλιστική σύμβαση (παρ. 6 του άρθρου 2 του Νόμου 2496/1997).
Έλαβα επίσης γνώση ότι με την άσκηση οιοδήποτε εκ των ως άνω δικαιωμάτων, η σύμβαση ακυρώνεται εξ αρχής και θεωρείται ως μηδέντο γενόμενη και τα ασφαλιστρα επιστρέφονται, αφού παρακρατηθεί το δικαίωμα συμβολαίου και τυχόν άλλα έξοδα τα οποία έγιναν από την Εταιρία, αλλά και ότι το δικαίωμα εναντίωσης δεν μπορεί να ασκηθεί αν, μέχρι την περιέλευση της γραπτής δήλωσης προς τούτο στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας, έχει δηλωθεί ζημιά, βάσει του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, για επελθόντα ασφαλιστικό κίνδυνο.
- ιγ) Έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα να υπαναχωρήσω, για οποιονδήποτε λόγο, από το εκδοθέν ασφαλιστήριο συμβόλαιο, σύμφωνα με την ισχύουσα Νομοθεσία, αποστέλλοντας, εμπρόθεσμως, στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας, συστημένη επιστολή. Έλαβα, επίσης, γνώση ότι με την άσκηση του δικαιώματός αυτού, η σύμβαση ακυρώνεται εξ αρχής και θεωρείται ως μηδέντο γενόμενη και τα ασφαλιστρα επιστρέφονται, αφού παρακρατηθεί το δικαίωμα συμβολαίου και τυχόν άλλα έξοδα, τα οποία έγιναν από την Εταιρία, ενώ το δικαίωμα υπαναχώρησης αναστέλλεται καθώς ο διάστημα έχω δικαίωμα εναντίωσης, σύμφωνα με την παρ. 6 του άρθρου 2 του Ν.2496/1997 και δεν μπορεί να ασκηθεί, αν, μέχρι την περιέλευση της γραπτής δήλωσης προς τούτο στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας, έχει δηλωθεί ζημιά, βάσει του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, για επελθόντα ασφαλιστικό κίνδυνο.
- ιδ) Ενημερώθηκα για την συλλογή των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, αλλά και για την περαιτέρω επεξεργασία και αποθήκευση αυτών και ειδικότερα:
 - Ότι η συλλογή, επεξεργασία, αποθήκευση, αλλά και η με οποιαδήποτε μορφή χρήση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, θα περιορίζεται στις απολύτως αναγκαίες ενέργειες για την εκτίμηση του κινδύνου στα πλαίσια της αιτούμενης από εμένα ασφαλιστικής σύμβασης, για τη διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης καθ' όλη τη διάρκεια ισχύος ή/και μετά τη λήξη αυτής, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης σε περίπτωση επελευσής του ασφαλιστικού κινδύνου ή/και της καταβολής του προβλεπόμενου στους όρους της σύμβασης ποσού (ασφαλισματος).
 - Ότι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν θα υπόκεινται τόσο σε αυτοματοποιημένη όσο και μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία από τα πληροφορικά συστήματα της Εταιρίας για την εκπλήρωση του σκοπού της επεξεργασίας, ενώ έλαβα γνώση ότι όλα τα πληροφορικά συστήματα της Εταιρίας προφυλάσσονται με τα κατάλληλα σύγχρονα οργανωτικά και τεχνικά μέσα.
 - Ότι στα πλαίσια της προσυμβατικής ενημέρωσής μου ή στα πλαίσια ισχύος της σύμβασης ασφάλισής μου, τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν θα τύχουν επεξεργασίας από τα αρμόδια τμήματα της Εταιρίας, ενώ μπορεί να διαβιβασθούν και σε επιχειρήσεις που ενδεχομένως συνδέονται με την Εταιρία, σε παρόντες που ενδεχομένως συνεργάζονται με την Εταιρία, αλλά και σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες, ασφαλιστικά ταμεία, δικαστικές, δημόσιες, αρχές, κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους ή προς εκπλήρωση συμβατικής υποχρέωσης, αλλά και σε οιαδήποτε άλλη αρμόδια αρχή, εφόσον αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για την πρόσβαση νομίμων δικαιωμάτων ή την εκπλήρωση υποχρεώσεων της Εταιρίας.
 - Ότι η Εταιρία θα συλλέγει, αποθηκεύει και εν γένει επεξεργάζεται τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν για χρονικό διάστημα μέχρι είκοσι (20) έτη από τη λήξη της ασφαλιστικής σύμβασης με οποιονδήποτε τρόπο και μέχρι πέντε (5) έτη σε περίπτωση μη σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, εκτός εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας και μέχρι την περαίωση της με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.
 - Ότι μπορώ να ασκήσω το δικαίωμα πρόσβασης, το δικαίωμα διόρθωσης, το δικαίωμα διαγραφής («δικαίωμα στη λήθη»), το δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας, το δικαίωμα φορητότητας των δεδομένων, το δικαίωμα εναντίωσης, καθώς και το δικαίωμα εξασφάλισης ανθρώπινης παρέμβασης, Ενημερώθηκα, επίσης, ότι για την άσκηση των ως άνω δικαιωμάτων μου και για την υποβολή οποιοδήποτε ερωτημάτων, παραπόνου, σε σχέση με τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, μπορώ να απευθύνομαι στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Εταιρίας, με αποστολή e-mail, στη διεύθυνση complaints@np-asfalistikl.gr, επισυνάπτοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρω στην ιστοσελίδα www.np-asfalistikl.gr, με αποστολή σχετικής επιστολής, με την ένδειξη «DPO», προς «NP Ασφαλιστική - ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.», Α. Κηφισίας αρ. 81-83, Τ.Κ. 151 24, εσοκλείοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρω στην ιστοσελίδα www.np-asfalistikl.gr, ενώ, για οποιαδήποτε διευκρίνιση σχετικά με τη διαδικασία υποβολής, μπορώ να επικοινωνήσω στο τηλ. 2104173300, [www.dpa.gr](http://Ενημερωθήκα επίσης ότι τα ως άνω δικαιώματα ασκούνται χωρίς κόστος για εμένα, εκτός και αν, λόγω επανάληψης, επιφέρουν διαχειριστικό κόστος για την Εταιρία και θα ικανοποιούνται εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από την λήψη του σχετικού αιτήματος. Γνωρίζω εξάλλου ότι, σε περίπτωση που θίγεται, με οποιονδήποτε τρόπο, το δικαίωμα μου δεδομένων, διατηρώ το δικαίωμα να προσύχω στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας (Ιστοσελίδα: <a href=) / Ταχυδρομική Διεύθυνση: Α. Κηφισίας αρ. 1-3, Τ.Κ. 115 23 Αθήνα / Τηλεφωνικό Κέντρο: 210-6475600 / Fax: 210-6475628 / Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: contact@dpa.gr)
 - Ότι τελώ σε πλήρη γνώση των δικαιωμάτων μου ως υποκειμένου των δεδομένων που αναφέρονται στα άρθρα 12 έως και 23 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (ΕΕ) 2016/679.
 - Ότι, σε περίπτωση που τα δεδομένα που έχω προσκομίσει με την αίτηση ασφάλισής δεν είναι αληθή, η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να μην αποδεχθεί την πρόταση ασφάλισης, οπότε η ασφαλιστική σύμβαση δεν θα καταρτισθεί.
 - Ότι μπορώ να λάβω περαιτέρω ενημέρωση σχετικά με την συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και στη Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, που είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα www.np-asfalistikl.gr.
- ιε) Δίνω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, προκειμένου να λαμβάνω ενημερώσεις για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Εταιρίας ή για σκοπούς έρευνας σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εκ μέρους της, κατά τη διάρκεια της ασφάλισής μου και έως 36 μήνες μετά τη λήξη της, μέσω:

Ναι	Όχι
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 - Γραπτού Μηνύματος (sms/viber)
 - Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (e-mail)
 - Τηλεφωνικής Επικοινωνίας

Τέλος, οι κατακάτω υπογράφοντες (τόσο ο διαμεσολαβών συνεργάτης ατομικός και κατ' ειδική και ανεπιφύλακτη εντολή του ασφαλισμένου-λήπτη της ασφάλισης, όσο και ο ίδιος ο αυτόν την ασφάλιση) διαβάσαμε, με προσοχή, τα παραπάνω, τα οποία αποδεχόμεστε απόλυτα και ανεπιφύλακτα.

(Τόπος Ημερομηνία)

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ / ΣΦΡΑΓΙΔΕΣ

Ο/Η ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ

Ο/Η ΛΗΠΤΩΝ/ΟΥΣΑ