



ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ
ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
Λεωφ. Συγγρού 254-258, 176 72 Καλλιθέα Αττικής
Α.Φ.Μ.: 094047601 Δ.Ο.Υ.: ΦΑΕ ΠΕΙΡΑΙΑ
Αριθμός Γ.Ε.ΜΗ: 124480101000
Τ: (+30) 210 9477200, F: (+30) 210 9590078
E: ydrogios@ydrogios.gr, www.ydrogios.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΠΡΟΣΦΟΡΑ

Κωδικός	<input type="checkbox"/>	
Συνεργάτη	<input type="checkbox"/>	
ή		
Κωδικός Συντονιστή	<input type="checkbox"/>	
Επωνυμία/Όνοματεπώνυμο:		
Α.Φ.Μ. :		
Αρ. Μητρώου :		

Υποκωδικός	<input type="checkbox"/>	
Συνεργάτη	<input type="checkbox"/>	
Επωνυμία/Όνοματεπώνυμο:		
Α.Φ.Μ. :		
Αρ. Μητρώου :		

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΝΟΜΙΜΩΝ ΆΛΛΟΔΑΠΩΝ

ΠΡΟΣΟΧΗ : Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ

Προς την «ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ Α.Α.Α.Ε.»

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Φυσικό Πρόσωπο/ Ατομική Επιχείρηση

Νομικό Πρόσωπο

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΕΠΩΝΥΜΙΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: ΟΔΟΣ: ΑΡ: ΠΟΛΗ: Τ.Κ.

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ.: ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ. E-MAIL: Α.Δ.Τ.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Α.Φ.Μ: Δ.Ο.Υ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: ΟΔΟΣ: ΑΡ: ΠΟΛΗ: Τ.Κ.

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ.: ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ. E-MAIL: Α.Δ.Τ.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Α.Φ.Μ: Δ.Ο.Υ:

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΑΡΙΘ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ

ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	15.000 €
ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ %	15.000 €
ΕΥΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ & ΑΣΘΕΝΕΙΑ αποκλειστικά σε Δημόσια Νοσοκομεία	
ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΕΞΟΔΩΝ ΜΕ ΕΤΗΣΙΟ ΟΡΙΟ	10.000 €
ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ & ΑΣΘΕΝΕΙΑ	1.500 €
! Όλες οι ανωτέρω καλύψεις παρέχονται με συμμετοχή του ασφαλιζόμενου 20%	

ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Νοσηλευτήκατε κατά τα τελευταία 10 έτη; NAI OXI Εάν NAI δώστε λεπτομέρειες :

Εχετε κάποια αναπηρία; NAI OXI Εάν NAI δώστε λεπτομέρειες :

Εχετε ποτέ υποστεί τραυματισμό που να σας κατέστησε ανίκανο για εργασία περισσότερο από ένα μήνα; NAI OXI
Εάν NAI δώστε λεπτομέρειες :

Ασχολείστε με κάποιο άθλημα; NAI OXI Εάν NAI δώστε λεπτομέρειες :

Εχετε νοσήσει ή νοσείτε από κάποια ασθένεια που χρειάσθηκε ή χρειάζεται νοσηλεία ή ιατρική παρακολούθηση; NAI OXI
Εάν NAI δώστε λεπτομέρειες :

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ: ΕΤΗΣΙΑ

Ημερομηνία Έναρξης / /

Ημερομηνία Λήξης / /



Δήλωση Ενημέρωσης για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων

Για ασφαλιζόμενο πρόσωπο άνω των 15 ετών απαιτείται η υπογραφή από το ίδιο το πρόσωπο

Με την ιδιότητά μου ως Ασφαλιζόμενος δηλώνω υπευθύνως ότι:

- Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων και τη τήρηση αρχείου εκ μέρους της ασφαλιστικής Εταιρείας.
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων.

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

Για τον/τους ανήλικο/κους, (κάτω των 15 ετών) που έχουν συμπληρωθεί στην αίτηση ασφάλισης, ο έχων την γονική μέριμνα

Ονοματεπώνυμο.....

Υπογραφή

Όταν ο ανήλικος συμπληρώσει το 15^ο έτος της ηλικίας του θα πρέπει να δώσει αυτοπροσώπως τη συγκατάθεση του

Δήλωση Ενημέρωσης για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων Συμβαλλομένου

Σε περίπτωση που είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον Ασφαλιζόμενο

Με την ιδιότητά μου ως Συμβαλλόμενος δηλώνω υπευθύνως ότι:

- Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων και τη τήρηση αρχείου εκ μέρους της ασφαλιστικής Εταιρείας.
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων.

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή