

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

ΟΝΟΜ/ΜΟ : _____.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : _____.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : _____.

Α.Φ.Μ. & Δ.Ο.Υ : _____.

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____.

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ (εφόσον είναι διαφορετικός από τον ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ)

ΟΝΟΜ/ΜΟ : _____.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : _____.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ : _____.

Α.Φ.Μ. & Δ.Ο.Υ : _____.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

ΟΝΟΜ/ΜΟ : 1. _____.

2. _____.

3. _____.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ

Έχετε ήδη κάποια άλλη ασφάλιση Προσωπικού Ατυχήματος ή Ζωής ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Έχει αρνηθεί ασφαλιστική εταιρία την ασφάλισή σας ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Υπάρχουν φυσικά μειονεκτήματα, ή κάποια αναπηρία ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Είστε αριστερόχειρας ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Βρίσκεστε σήμερα σε καλή κατάσταση υγείας ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Εάν όχι, αναγράψετε την πάθηση και την ημερ/νία εκδήλωσής της :

Αναφορικά με την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου που περιέχονται στο παρόν έγγραφο ή θα περιέλθουν στην εταιρία σας κατά τη διάρκεια της συμβατικής μας σχέσης, ο υπογράφων το παρόν έλαβα γνώση, συμφωνώ και αποδέχομαι.

ΤΟΠΟΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

.....
Ο ΔΗΛΩΝ / Η ΔΗΛΟΥΣΑ.