

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΠΟΥΔΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ “SCHOOL” ΜΕ ΤΗΝ AIG

Όνοματεπώνυμο Λήπτη Ασφάλισης / Ασφαλιζόμενου Γονέα.....

Ημερομηνία Γέννησης /..... /..... ΑΦΜ ΔΟΥ.....

Επάγγελμα.....

Τηλ. Οικίας..... Εργασίας..... Κινητό.....

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Οδός..... Αριθμός..... ΤΚ..... Περιοχή..... Πόλη.....

• Έχετε κάποια αναπηρία, ακρωτηριασμό ή σωματική βλάβη; Αν ναι, σημειώστε το είδος της αναπηρίας : -----

Όνοματεπώνυμο Δεύτερου Ασφαλιζόμενου Γονέα

Ημερομηνία Γέννησης/...../..... ΑΦΜ ΔΟΥ..... Επάγγελμα

• Έχετε κάποια αναπηρία, ακρωτηριασμό ή σωματική βλάβη; Αν ναι, σημειώστε το είδος της αναπηρίας: -----

ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ (ως συνημμένη παρουσίαση)

Σημειώστε με ένα

Επιλογή 1^η πρόγραμμα ΓΛΑΡΟΣ

Επιλογή 2^η πρόγραμμα ΑΕΤΟΣ

ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΥΤΗ ΕΠΙΘΥΜΩ ΝΑ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΩ ΤΗ ΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΟΥ ΠΟΥ
ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

Όνοματεπώνυμο Παιδιού..... Ημερομηνία Γέννησης /..... /.....

Σχολείο/Σχολή, Τάξη/Έτος

Όνοματεπώνυμο 2ου Παιδιού..... Ημερομηνία Γέννησης /..... /.....

Σχολείο/Σχολή, Τάξη/Έτος

Όνοματεπώνυμο 3ου Παιδιού Ημερομηνία Γέννησης /..... /.....

Σχολείο/Σχολή, Τάξη/Έτος

Διάρκεια ασφάλισης: Από ----- Έως -----

Τρόπος πληρωμής : Μετρητοίς Πιστωτική κάρτα Κατάθεση σε Λογαριασμό

Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι καμία ασφαλιστική κάλυψη δεν θα ισχύει αν η Πρόταση δεν γίνει αποδεκτή από την Εταιρία. Απ' ότι γνωρίζω και πιστεύω, όλες οι δηλώσεις μου σ' αυτήν την Πρόταση είναι αληθινές, σωστές και θα αποτελέσουν τη βάση και αναπόσπαστο τμήμα του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου. Για την αποδοχή της πρότασης από την εταιρία θα υπογράψω πρωτότυπη πρόταση ασφάλισης εφόσον μου ζητηθεί.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

I. ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΚΟΠΟΣ, ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΣ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ: SFAKIANAKIS INSURANCE BROKERS A.E. η οποία ανήκει στον Όμιλο Εταιριών ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗ.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της Εταιρίας είναι:

Σκοπός της εταιρείας είναι η διενέργεια εργασιών μεσιτείας ασφαλίσεων, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 15α-15ε του Ν. 1569/85, όπως έχουν τροποποιηθεί και καθορισθεί από το άρθρο 12 του Ν. 2170/93 και ειδικότερα (α) Η κατ' εντολή των ασφαλιζομένων ή και των ληπτών της ασφάλισης χωρίς δέσμευση της εταιρείας ως προς την επιλογή της ασφαλιστικής Εταιρείας και έναντι προμήθειας που καταβάλλεται από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις μεσολάβηση για την επαφή και διαπραγμάτευση μεταξύ ασφαλιζομένων ή / και ληπτών της ασφάλισης και ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών επιχειρήσεων, β) Η εκτέλεση όλων των αναγκαίων προπαρασκευαστικών εργασιών για τη σύναψη ασφαλιστικών συμβάσεων, γ) Η λήψη της αποδοχής από την ασφαλιστική επιχείρηση και της έγκρισης του ασφαλιζομένου ή / και του λήπτη της ασφάλισης, δ) Η παροχή κάθε είδους συνδρομής στη διαχείριση και εκτέλεση των ασφαλιστικών συμβάσεων και η κατά περίπτωση παροχή συνδρομής στη διαχείριση και εκτέλεση των ασφαλιστικών συμβάσεων ιδίως σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, ε) Η έρευνα, ανάλυση και μελέτη των ασφαλιστικών αναγκών των πελατών καθώς και η διαφώτιση αυτών για την επιλογή των κατάλληλων ασφαλιστικών καλύψεων και ασφαλιστικών υπηρεσιών με την εφαρμογή συγχρόνων μεθόδων προώθησης των πωλήσεων, στ) Η τοποθέτηση ασφαλιστικών εργασιών σε ελληνικές ή αλλοδαπές επιχειρήσεις ή και ασφαλιστές του I' loyds Λονδίνου στην Ελλάδα ή και στο Εξωτερικό αντασφαλίσεων προαιρετικών ή και συμβατικών, ζ) η παροχή κάθε είδους συναφών υπηρεσιών προς τους ασφαλιζομένους, τους λήπτες της ασφάλισης, τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις και τους άλλους φορείς της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα ή και στο εξωτερικό με αμοιβή.

ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: Ανώνυμος Εταιρία

II. ΚΡΑΤΟΣ / ΜΕΛΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΣ: Η Ελλάδα.

III. ΕΔΡΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΣ:

SFAKIANAKIS INSURANCE BROKERS A.E.

Σιδηροκάστρου 5-7 & Πύδνας, 118 55 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ.: +30 210 3469549, FAX: +30 210 3469070. +30 210 346 71 378

Α.Φ.Μ.: 099367505, Δ.Ο.Υ.: Φ.Α.Ε. ΑΘΗΝΩΝ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Προς την SFAKIANAKIS INSURANCE BROKERS A.E.

Αναφορικά με την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου που περιέχονται στην παρούσα αίτηση ή θα περιέλθουν στην εταιρία σας κατά τη διάρκεια της συμβατικής μας σχέσεως, ο υπογράφων το παρόν:..... έλαβα γνώση, συμφωνώ, αποδέχομαι και δηλώνω ρητώς και εγγράφως ότι:

Α) Η Εταιρία με την επωνυμία «SFAKIANAKIS INSURANCE BROKERS A.E.», θα τηρεί αρχείο στα γραφεία της, Σιδηροκάστρου 5-7 & Πύδνας 118 55 Αθήναι, Τηλ: +30 210 346 9549 και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά δεδομένα, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής σχέσεως μας. Η Εταιρία θα διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα σε άλλα φυσικά πρόσωπα της ίδιας Εταιρίας και σε άλλα τμήματα της ίδιας Εταιρίας ή σε όποιον άλλο αποδέκτη απαιτείται εκ του Νόμου, για τη διεκπεραίωση της ασφαλιστικής εργασίας μας.

Β) Δηλώνω ότι μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου εκ των άρθρων 12 και 13 του Ν. 2472/1997 και συγκεκριμένα: του δικαιώματός μου λήψεως πληροφοριών σχετικά με όλα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και του δικαιώματος προβολής αντιρρήσεων για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η ΥΠΟΓΡΑΦΩΝ/ΟΥΣΑ ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΠΑΡΕΛΑΒΑ ΕΓΓΡΑΦΟ (ΕΝΤΥΠΟ) ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΣΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΕΠΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΑΡΘΡΟ 4 ΠΑΡ.2 ΠΕΡ. Η ΤΟΥ ΝΔ 400/70 ΟΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΤΟ Π.Δ. 252/96 ΕΠΙΣΗΣ ΔΗΛΩΝΩ, ΟΤΙ ΟΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΑΚΡΙΒΕΙΣ ΚΑΙ ΠΛΗΡΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΝ ΑΠΕΚΡΥΨΑ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ ΠΟΥ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ. ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΤΙ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΗ ΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ ΣΑΣ.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ασφαλιστική Εταιρία AIG GREECE

Σκοπός των προγραμμάτων είναι να προσφέρουν στους γονείς των μαθητών τη δυνατότητα να διασφαλίσουν απρόσκοπτα τουλάχιστον την βασική και αναγκαία εκπαίδευση των παιδιών τους, όπως την είχαν οραματιστεί ακόμα και στην περίπτωση που ένα σοβαρό αναπάντεχο ατύχημα των γονέων θα μπορούσε να τις εμποδίσει ή και να τις διακόψει.

Το πρόγραμμα SCHOOL σε περίπτωση απώλειας ζωής ή μόνιμης ολικής ανικανότητας από ατύχημα του ασφαλισμένου γονέα **προσφέρει** ένα εφ' άπαξ ποσό για να αντιμετωπιστούν τα πρώτα υψηλά έξοδα που θα προκύψουν μετά από ένα τόσο σοβαρό γεγονός και επιπλέον στηρίζει το παιδί μέχρι να συμπληρώσει τα 18 του χρόνια με ένα ετήσιο επίδομα διαβίωσης.

Ο ασφαλισμένος γονέας μπορεί να επιλέξει το κεφάλαιο για το οποίο επιθυμεί να καλυφθεί. Επίσης η κάλυψη μπορεί να επεκταθεί και στον άλλο γονέα, εφ' όσον αυτός εργάζεται, με μειωμένο ασφάλιστρο.

	ΠΑΡΟΧΕΣ	Πρόγραμμα ΓΛΑΡΟΣ	Πρόγραμμα ΑΕΤΟΣ
1	Απώλεια ζωής από ατύχημα	€ 30.000	€ 50.000
2	Μόνιμη Ολική ανικανότητα από ατύχημα	€ 30.000	€ 50.000
3	Ετήσιο Επίδομα Διαβίωσης	€ 3.000	€ 5.000

Μικτά Ετήσια Ασφάλιστρα	Πρόγραμμα ΓΛΑΡΟΣ	Πρόγραμμα ΑΕΤΟΣ
1 γονέας με 1 παιδί	€69,43	€108,23
1 γονέας με 2 παιδιά	€102,10	€160,29
1 γονέας με 3 παιδιά	€112,30	€178,66
2 γονείς με 1 παιδί	€96,99	€153,13
2 γονείς με 2 παιδιά	€129,66	€204,18
2 γονείς με 3 παιδιά	€140,90	€219,50

Διευκρινίσεις :

- Οι παροχές του προγράμματος είναι **σταθερές και εγγυημένες**
- **Καλύπτονται οι Γονείς** με δικαιούχο το παιδί
- Το πρόγραμμα καλύπτει **τον έναν ή εναλλακτικά και τους δύο γονείς**
- Το Ετήσιο Επίδομα Διαβίωσης καταβάλλεται ετησίως σε κάθε ένα από τα κατονομαζόμενα παιδιά (ή στο νόμιμο κηδεμόνα, αν είναι ανήλικα) και μέχρι να συμπληρώσουν το 18ο έτος της ηλικίας
- Σε κάθε περίπτωση θανάτου και των δύο γονέων, το κάθε παιδί λαμβάνει **ένα επίδομα**
- Η κάλυψη προσφέρεται σε **24ωρη βάση επί 365 ημέρες το χρόνο**, σε οποιοδήποτε μέρος βρίσκεται ο Γονέας
- Η ασφάλιση ισχύει για γονείς ηλικίας μέχρι 65 ετών και παιδιά από 0-18 ετών **ή 24 εφ' όσον αποδεδειγμένα σπουδάζουν**
- Το Επίδομα Διαβίωσης καταβάλλεται για μέχρι τρία παιδιά.