



**Κ. Α. ΜΠΟΥΓΙΟΥΚΟΣ**

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ

---

**Δώρο Υγείας  
Κάλυμμα Ευθύνης**

- ✓ **Ενημερωθείτε**
- ✓ **Κερδίστε το πλεονέκτημα**
- ✓ **Στείλτε τώρα την αίτηση**



---

Βούρβαχη 3, Μακρυγιάννη

117 43 Αθήνα

<http://www.bgk.gr>

Τηλ: 210 924 8600

Fax: 210 924 8603

E-mail: [info@bgk.gr](mailto:info@bgk.gr)

Είναι γεγονός ότι η απρόσκοπτη λειτουργία μίας οργανωμένης κοινωνίας, επέβαλλε τη δημιουργία ενός πλαισίου υποχρεώσεων και ρύθμισης διαφορών μεταξύ των πολιτών/μελών της. Το πλαίσιο αυτό κατέγραψε ο νομοθέτης στον Αστικό Κώδικα, ενώ αυτό που αγγίζει αναντίρρητα την καθημερινότητα του καθενός από μας, είναι το μέρος του Ενοχικού Δικαίου που αφορά στις αδικοπραξίες και ορίζεται στα Άρθρα 914 – 938.

Από την άλλη πλευρά, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου σε συνδυασμό με τις ιδιαίτερες απαιτήσεις του σύγχρονου τρόπου ζωής, προσδιόρισαν την ανάγκη της προληπτικής ιατρικής, παράγοντα κλειδί στην επιτυχή και αποτελεσματική διατήρηση της καλής υγείας.

Η πρόκληση που δεχθήκαμε από το πάθος μας να προτείνουμε ανθρωποκεντρικές, καινοτόμες και πάντα ουσιαστικές λύσεις, υλοποιείται μέσα από την πρόταση **‘Δώρο Υγείας – Κάλυμμα Ευθύνης’**. Καλύπτοντας λοιπόν:

- ✓ την **“υποχρέωση” απέναντι στον εαυτό μας** με όφελος την προστασία της υγείας και
- ✓ την **υποχρέωση έναντι τρίτων**, που ο νομοθέτης προβλέπει για καταβολή αποζημίωσης σε περίπτωση κατά την οποία πράξη ή ακόμη και παράλειψή μας, προκαλέσει ζημιά σε περιουσιακό τους στοιχείο ή σωματική τους βλάβη,

σχεδιάσαμε και υλοποιήσαμε σε συνεργασία με την ασφαλιστική εταιρία **GROUPAMA ΦΟΙΝΙΞ Α.Ε.**, το ασφαλιστήριο Οικογενειακής Γενικής Αστικής Ευθύνης, με καλύψεις και όρια που θα βρείτε στη συνέχεια, παρέχοντάς σας δωρεάν την κάρτα «Δώρον Υγείας».

Συμπληρώστε και στείλτε σήμερα κιόλας την αίτηση ασφάλισης ή αντίγραφο της μαζί με το αντίγραφο κατάθεσης του ασφαλίστρου σε έναν από τους τραπεζικούς λογαριασμούς που σημειώνονται στο κάτω μέρος της. Σε λίγες ημέρες θα έχετε στη διεύθυνσή σας το συμβόλαιο μαζί με την ειδική κάρτα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Σας ευχόμαστε να έχετε καλή υγεία.

Σημείωση: Το παρόν έντυπο είναι ενημερωτικό και δεν αποτελεί συμβόλαιο, ενώ οι όροι και εξαιρέσεις του συμβολαίου παραμένουν άμεσα στη διάθεσή σας.

## 1<sup>η</sup> παροχή: **ΔΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Με την κάρτα «Δώρον Υγείας», αποκτάτε πρόσβαση για την διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων, στην Αττική στο δίκτυο Διαγνωστικών Κέντρων **‘ΔΙΑΓΝΩΣΗ’** και σε μεγάλες επαρχιακές πόλεις, σε συνεργαζόμενες μονάδες:

- ✓ ανεξάρτητα από τη συχνότητα ή το κόστος των εξετάσεων, **χωρίς κανένα περιορισμό,**
- ✓ ανεξάρτητα από την αιτιολογία, καλύπτοντας εκτός από την **πρόληψη,** την ασθένεια και το ατύχημα,
- ✓ ανεξάρτητα από το **φύλο** και την **ηλικία,**
- ✓ ανεξάρτητα από το **ιατρικό ιστορικό,**
- ✓ ανεξάρτητα από την προσκόμιση **παραπεμπτικού** από ιατρό ή **διαδικασίες έγκρισης,**
- ✓ ανεξάρτητα από το χρόνο που έχετε στην κατοχή σας την κάρτα, εξασφαλίζοντας **άμεση χρήση** και κάτι ιδιαίτερα σημαντικό:
- ✓ σε **χρόνο** και **τόπο** που σας εξυπηρετεί.

Εν ολίγοις, προγραμματίζετε τηλεφωνικά τις εξετάσεις που επιθυμείτε στο κέντρο που σας εξυπηρετεί. Επιδεικνύετε την προσωπική σας κάρτα και την ταυτότητά σας κατά την προσέλευσή σας στον υπάλληλο του λογιστηρίου και καταβάλλετε:

- για τις εξετάσεις που προβλέπονται στο ΦΕΚ 62<sup>Α</sup> / 30.4.91, τιμές Κρατικού Τιμολογίου (κατώτατες επιτρεπτές τιμές), αναφέροντας ενδεικτικά:
  - Γενική Αίματος **€ 2,88**
  - Γενική Ούρων **€ 1,76**
  - Υπερηχογραφήματα, **από € 8,30**
- για ακτινογραφίες **€ 15** ανά λήψη
- για μαστογραφία **€ 35**
- για όλες τις υπόλοιπες εξετάσεις που δεν προβλέπονται στο ΦΕΚ, **έκπτωση 30%** στην τιμή ιδιώτη.

Μπορείτε ακόμη να μας ζητήσετε να σας στείλουμε στη διεύθυνσή σας (ταχυδρομική ή ηλεκτρονική) το υλικό με τον αναλυτικό τιμοκατάλογο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που έχουμε ήδη ετοιμάσει για σας.

## 2<sup>η</sup> παροχή: ΚΑΛΥΜΜΑ ΕΥΘΥΝΗΣ

Το συμβόλαιο Οικογενειακής Γενικής Αστικής Ευθύνης, έχει ως αντικείμενο την **καταβολή αποζημίωσης** σε τρίτους, για ζημιές που προκλήθηκαν από πράξεις ή παραλείψεις του ασφαλισμένου, έχοντας την ιδιότητα του **οικογενειάρχη**. Προκειμένου να γίνει αντιληπτή η έκταση αυτής της ασφάλισης, αναφέρουμε περιστατικά που καταλογίζουν υποχρέωση αποζημίωσης:

- Δυνατός άνεμος παρασύρει γλάστρα από το μπαλκόνι, η οποία προσγειώνεται επάνω σε σταθμευμένο όχημα.
- Παίζοντας στην πλατεία με τη μπάλα, το ανήλικο παιδί μας καταστρέφει τη βιτρίνα καταστήματος.
- Περπατώντας στο δρόμο, ο σκύλος μας δαγκώνει περαστικό.

Στην περίπτωση λοιπόν κατά την οποία τρίτοι εγείρουν αξιώσεις κατά του ασφαλισμένου, η ασφαλιστική εταιρία αναλαμβάνει την υποχρέωση:

- ✓ Να **ερευνήσει** τις συνέπειες του ζημιογόνου γεγονότος, τα αίτια που το προκάλεσαν και να εξετάσει από νομική άποψη την ύπαρξη ή μη και σε ποιά έκταση της ευθύνης του ασφαλισμένου.
- ✓ Να **καταβάλλει** την αποζημίωση που θα πρέπει ο ασφαλισμένος να πληρώσει, ενδεχομένως και στην ασφαλιστική εταιρία του ζημιωθέντα, η οποία ασκεί έννομα το αναγωγικό της δικαίωμα, μέχρι:
  - € 30.000 για Σωματικές Βλάβες κατ' άτομο
  - € 150.000 για Σωματικές. Βλάβες ανά γεγονός
  - € 15.000 για Υλικές Ζημιές ανά γεγονός
  - € 300.000 αθροιστικά για ένα χρόνο
- ✓ Να προβεί σε όλες τις νόμιμες και απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να **αντικρούσει αβάσιμες αξιώσεις** που στρέφονται κατά του ασφαλισμένου.

Να σημειωθεί επίσης ότι σε κάθε απαίτηση, προβλέπεται συμμετοχή του ασφαλισμένου με το ποσό των € 100, ενώ δεν καλύπτονται κίνδυνοι, οι οποίοι μπορούν να ασφαλισθούν με καταλληλότερα συμβόλαια ευθύνης π.χ. οχημάτων, σκαφών, κοινοχρήστων, κλπ.

Κι όλα αυτά, με κόστος **μόλις € 90** για ένα χρόνο.

# ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ



## ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ SAFE LIFE PASS

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ / ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:

Όνοματεπώνυμο: .....

Πατρώνυμο: ..... Υπηκοότητα: .....

Επάγγελμα: ..... Ημ. Γέννησης: ..... Φύλο: .....

Διεύθυνση Κατοικίας: .....

Ταχ. Κώδικας: ..... Πόλη: .....

Τηλ.: ..... E-mail: .....

A.Φ.Μ: ..... Δ.Ο.Υ: .....

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:

Κ.Π/Δ 3364 / 33364

Όνοματεπώνυμο: .....

Πατρώνυμο: ..... Υπηκοότητα: .....

Επάγγελμα: ..... Ημ. Γέννησης: ..... Φύλο: .....

Διεύθυνση Κατοικίας: .....

Ταχ. Κώδικας: ..... Πόλη: .....

Έναρξη Ασφάλισης: ..... Διάρκεια: 1 έτος

**Ναι!**, επιθυμώ την ασφάλιση Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας 'Safe Life Pass', από την επόμενη της κατάθεσης ποσού € 60 στον τραπεζικό λογαριασμό στην επωνυμία "Κων. Μπουγιούκος" που σημειώνω με ✓ και για ένα έτος, συνημμένα δε αποστέλλεται αντίγραφο της κατάθεσης.

ALPHA BANK:131002310001972     ΕΘΝΙΚΗ:09340301333

Δίδω τη συγκατάθεσή μου τόσο στον διαμεσολαβούντα στην ασφάλιση όσο και στην Ασφαλιστική Εταιρία να επεξεργάζονται όλα ανεξαιρέτως τα προσωπικά μου στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων και των ευαίσθητων, τα οποία τους εδόθησαν για την παρούσα ασφάλιση και να τα διατηρούν για όσο διάστημα τους είναι απαραίτητο.

.....  
Ημερομηνία

.....  
Υπογραφή Συμβαλλομένου

.....  
Έγκριση Εταιρίας

Στείλτε την αίτηση στο **fax 210 924 8603**  
ή καλέστε μας στο **210 924 8600**

## Σας προτείνουμε:

- ✓ **Συγκεντρώστε** τα ασφαλιστήρια σας σε μία ενιαία και αποτελεσματική διαχείριση.
- ✓ **Διαμορφώστε** τη σύνθεση και το ύψος των παροχών, ώστε να απαντούν στις μεταβαλλόμενες και πραγματικές σας ανάγκες.
- ✓ **Απαιτήστε** προσωπική εξυπηρέτηση.

## Σας προσφέρουμε, χωρίς επιπλέον κόστος:

- ✓ **Προσωπικό ενδιαφέρον** και εξατομικευμένη προσέγγιση στις ασφαλιστικές σας ανάγκες.
- ✓ **Τεχνογνωσία** και πλούσια **εμπειρία** τοποθέτησης κινδύνων σε **πλήθος** ασφαλιστικών εταιριών, υπηρετώντας το θεσμό της ασφάλισης από το 1991.
- ✓ Πρωτοποριακά σχεδιασμένη **παρακολούθηση** των ασφαλιστηρίων που μας εμπιστεύεσθε.
- ✓ Τακτική ενημέρωση για **σύγχρονα** ασφαλιστικά προϊόντα που υπογράφουμε.
- ✓ **Φιλική εξυπηρέτηση** όποτε τη χρειασθείτε μα πάνω απ' όλα
- ✓ **Πηγαία** και **διαρκή διάθεση** για προσφορά που θα βελτιώνει τις υπηρεσίες που θα σας παρέχονται.

*Επιλεγμένος Συνεργάτης:*