



ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΠΛΟΙΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΟΙΟΥ

ΟΝΟΜΑ ΠΛΟΙΟΥ:	ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΟΝΟΜΑ:		
ΕΤΟΣ ΑΓΟΡΑΣ ΠΛΟΙΟΥ:	D.W.T.:	G.R.T.:	
ΣΗΜΑΙΑ :	ΛΙΜΕΝΑΣ & ΑΡΙΘ. ΝΗΟΛΟΓΙΟΥ :		
ΕΙΔΟΣ ΠΛΟΙΟΥ :	ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ :		
ΠΛΟΙΟΚΤΗΤΡΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ) :			
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :	ΤΗΛ:	ΦΑΞ :	
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΡΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ :			
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :	ΤΗΛ :	ΦΑΞ	
Α.Φ.Μ:	Δ.Ο.Υ:		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ

ΣΥΝΘΕΣΗ ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ			
ΕΛΛΗΝΕΣ :	ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ :		
ΠΛΟΙΑΡΧΟΣ & Α ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ :			
ΛΟΙΠΟΙ ΑΞΙΩΜΑΤΙΚΟΙ :			
ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΛΗΡΩΜΑ :			
ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΤΟ ΠΛΗΡΩΜΑ ΤΟΥ ΠΛΟΙΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑΜΗΛΟΤΗΤΑΣ (ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ) ;			
ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>

ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΝΗΟΓΝΩΜΟΝΑΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΤΟ ΠΛΟΙΟ :			
ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ ISM CODE;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΛΥΨΗ Ρ&Ι;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΤΟΥ CLUB / ΑΣΦΑΛΙΣΤΗ .:			
ΠΟΙΑ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΙΣΧΥΕΙ ΣΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ Ρ&Ι CLUB ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΛΗΡΩΜΑ;			
ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΠΛΩΝ ΤΟΥ ΠΛΟΙΟΥ..			
ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ :			
ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΕΙΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ :			
ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΜΟΝΟ	<input type="checkbox"/>	ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ & ΑΣΘΕΝΕΙΑ	<input type="checkbox"/>
		ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΗΣΗ & ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	<input type="checkbox"/>



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΡΙΑΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ :	ΟΝΟΜΑ:	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	
ΕΠΙ ΠΟΣΑ ΕΤΗ Ο ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΡΙΑΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΛΟΙΩΝ;			ΕΤΗ
ΕΧΕΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΤΟ ΠΛΗΡΩΜΑ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ Ή ΑΛΛΟΥ ΥΠΟ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΑΣ ΠΛΟΙΟΥ ΣΕ ΑΛΛΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ;			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΑΝ ΝΑΙ, ΑΥΤΗ Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΚΥΡΩΘΗΚΕ;			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΑΝΑΝΕΩΘΗΚΕ ΜΕΤΑ ΤΗ ΛΗΞΗ ΤΗΣ;			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΠΟΙΟ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΛΟΙΟΚΤΗΤΡΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΡΙΑΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑ ;			
ΕΧΕΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΤΟ ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΛΛΩΝ ΠΛΟΙΩΝ ΥΠΟ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΑΙΓΑΙΟΝ Α.Α.Ε.;			
			ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΟΝΟΜΑΤΑ ΠΛΟΙΩΝ :			α) _____
β) _____			γ) _____
δ) _____			ε) _____

ΠΡΟΣ ΤΗΝ
ΑΙΓΑΙΟΝ ΑΝΩΝΥΜΗ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
Λεωφ. Βουλιαγμένης 100,
Τ.Κ 166 74 ΓΛΥΦΑΔΑ.
ΤΗΛ: 210 9119700
FAX: 210 9641340

Δηλώνω ότι όλες οι ανωτέρω δηλώσεις μου είναι απολύτως αληθείς και ότι σήμερα για κανένα μέλος του πληρώματος δεν υπάρχει περίπτωση επελθέντος κινδύνου από τους ως άνω αιτούμενους προς κάλυψη.

Δηλώνω επίσης ότι δέχομαι το περιεχόμενο της αίτησης αυτής να αποτελέσει τη βάση του ασφαλιστηρίου (που θα εκδοθεί από την Εταιρεία σας σε περίπτωση που θα αποδεχθεί την αίτηση), όσον αφορά τις δηλώσεις που περιέχονται σε αυτό.

Τέλος δηλώνω ότι καμία ασφαλιστική κάλυψη δεν θα ισχύει για κάθε μέλος του Πληρώματος πριν από την έκδοση του ασφαλιστηρίου, την καταβολή ολοκλήρου του ασφαλιστρού ή της πρώτης δόσης αυτού, αν έχει συμφωνηθεί η καταβολή του ασφαλιστρού σε δόσεις.

Ο Αιτών _____

Σφραγίδα – Υπογραφή _____

Ημερομηνία _____

Όνοματεπώνυμο : _____

Κωδικός : _____

Υπογραφή