

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗ

### Α. Στοιχεία Συμβαλλόμενου (Λήπτης Ασφάλισης)

ΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ \_\_\_\_\_

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_

ΦΥΛΟ  ΑΡΣΕΝΙΚΟ  ΘΗΛΥΚΟΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ  /  / 

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ \_\_\_\_\_

ΑΦΜ 

ΔΟΥ \_\_\_\_\_

ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ \_\_\_\_\_

ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ \_\_\_\_\_

ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ

ΝΟΜΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ \_\_\_\_\_

HOBBIES / ΣΠΟΡ \_\_\_\_\_

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΤΑΙΡΙΑΣ

ΤΑΜΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ \_\_\_\_\_

ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ  ΝΑΙ  ΟΧΙ ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: \_\_\_\_\_

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ \_\_\_\_\_

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ \_\_\_\_\_

ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΟΛΗ, Τ.Κ.

ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΟΛΗ, Τ.Κ.

### Β. Στοιχεία Ασφαλιζόμενου (συμπληρώνεται σε περίπτωση που είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον συμβαλλόμενο)

ΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ \_\_\_\_\_

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_

ΦΥΛΟ  ΑΡΣΕΝΙΚΟ  ΘΗΛΥΚΟΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ  /  / 

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ \_\_\_\_\_

ΑΦΜ 

ΔΟΥ \_\_\_\_\_

ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ \_\_\_\_\_

ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ \_\_\_\_\_

ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ

ΝΟΜΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ \_\_\_\_\_

HOBBIES / ΣΠΟΡ \_\_\_\_\_

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΤΑΙΡΙΑΣ

ΤΑΜΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ \_\_\_\_\_

ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ  ΝΑΙ  ΟΧΙ ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: \_\_\_\_\_

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ \_\_\_\_\_

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ \_\_\_\_\_

ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΟΛΗ, Τ.Κ.

ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΟΛΗ, Τ.Κ.

### Γ. Στοιχεία Προγράμματος Ασφάλισης

Περιγραφή Καλύψεων

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ \_\_\_\_\_

#### Όριο Εξόδων Νοσηλείας

Ανα Νοσηλεία / Ανα Έτος :

 € 250.000/500.000 € 500.000/1.000.000 € 1.000.000/2.000.000 € 1.500.000/3.000.000 € 2.000.000/4.000.000

#### Εκπιπτόμενο Ποσό ανά Νοσηλεία

 € 0 € 250 € 500 € 750 € 1 000 € 1 250 € 1 500 € 1 750 € 2 000 € 2 250 € 2 500 € 3 750 € 5 000 € 7 500 € 10 000 € 12 500 € 15 000

#### % Συμμετοχής Ασφαλιζόμενου

 0% 5% 10% 15% 20% 25% 35% 45% 60% 65% 70% 75% 80%

#### Προκαθορισμένη Θέση Νοσηλείας

 Α' Μονόκλινο Β' Δίκλινο

#### Επίδομα Τοκετού (Φυσιολογικός €400, Καισαρική €500, Δίδυμα €600)

 ΟΧΙ ΝΑΙ

#### Δ. Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασφαλιζόμενου

1. Είστε αυτή τη στιγμή ανάπηρος ή αδυνατείτε να πραγματοποιήσετε κανονικές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: κινητικότητα, σίτιση, προσωπική υγιεινή και ντύσιμο;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
2. Έχετε ποτέ νοσηλευθεί χειρουργηθεί ή πρόκειται να νοσηλευθείτε για θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση; Σας έχει ποτέ συστηθεί νοσηλεία για θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Αν ναι, για ποιο ιατρικό λόγο; \_\_\_\_\_  
Περιγράψτε αναλυτικά στην ενότητα Ε.
3. Έχετε διαγνωστεί ή έχετε κάνει θεραπεία για την επίκτητη ανοσοποιητική ανεπάρκεια (AIDS), σύμπλεγμα σχετιζόμενο με το AIDS (ARC), σύνδρομο λεμφαδενοπάθειας, ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), ηπατίτιδα C ή οποιαδήποτε άλλη διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
4. Είχατε κάνει ποτέ, ή σας έχουν συστήσει να κάνετε, ή είστε αυτή τη στιγμή σε λίστα αναμονής για να κάνετε μεταμόσχευση οργάνου;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
5. Είστε έγκυος; Εάν ναι, ποιά είναι η προβλεπόμενη ημερομηνία τοκετού; \_\_\_\_\_  ΝΑΙ  ΟΧΙ
6. Έχει απορριφθεί, αναβληθεί, γίνει δεκτή με ειδικούς όρους/εξαιρέσεις/επασφάλιστρο, ή εκκρεμεί αίτηση σας για ασφάλιση υγείας; Εάν ναι, παρακαλούμε διευκρινήστε τον λόγο και την εταιρία \_\_\_\_\_  ΝΑΙ  ΟΧΙ
7. Έχετε απαλλαγεί ή πάρει αναβολή απο την στρατιωτική σας θητεία για λόγους υγείας;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
8. Ποιο είναι το ύψος σας και το βάρος σας; Ύψος: \_\_\_\_\_ εκ. Βάρος: \_\_\_\_\_ κιλά
9. Έχει μεταβληθεί το βάρος σας τα τελευταία χρόνια;  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
Αν ναι, περιγράψτε αναλυτικά: Αυξομείωση βάρους σε κιλά: \_\_\_\_\_  
Χρονικό Διάστημα: \_\_\_\_\_ Αιτία: \_\_\_\_\_
10. Καπνίζετε;  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
Αν ναι, πόσο καιρό και τι ποσότητα ημερησίως; \_\_\_\_\_
11. Πίνετε αλκοολούχα ποτά;  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
Εάν ναι, τι ποσότητα ημερησίως; \_\_\_\_\_
12. Έχετε εκδηλώσει συμπτώματα, νοσήσει από, ή έχετε λάβει αγωγή για (συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων), ή έχετε διαγνωστεί με, οποιαδήποτε ασθένεια, πάθηση, ιατρικό πρόβλημα ή άλλο πρόβλημα που προέκυψε από, ή σχετίζεται με οποιαδήποτε από τα παρακάτω:
- α. Καρδιαγγειακές ή/και κυκλοφορικές, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιακή προσβολή, στηθάγχη, θωρακικό πόνο, υπέρταση, πρήξιμο των ποδιών/αστραγάλων, θρόμβωση, φλεβίτιδα, ρευματικό πυρετό, ή φύσημα; Εάν ναι, εκτός απο την ενότητα Ε, συμπληρώστε τα παρακάτω:  
Ημερομηνία της πλέον πρόσφατης μέτρησης της πίεσης του αίματος: \_\_\_\_\_  
Αποτέλεσμα: Μικρή: \_\_\_\_\_ Μεγάλη: \_\_\_\_\_  
Φάρμακα που λαμβάνονται (Τύποι και Δοσολογίες): \_\_\_\_\_
- β. Αίμα, αιμοφόρα αγγεία, σπλήνα, αρτηρίες, φλέβες ή διαταραχές του αίματος, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: αναιμία, αιμοφιλία, λευχαιμία, ηπατίτιδα, λεμφαδένες, τριγλυκερίδια, ή υψηλή χοληστερίνη;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

#### Δ. Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασφαλιζόμενου (συνέχεια)

- γ. Διαβήτης, υπεργλυκαιμία ή υπογλυκαιμία;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- δ. Άσθμα ή αλλεργίες; Εάν ναι, εκτός από την ενότητα Ε , διευκρινίστε ποιο από τα 2 και συμπληρώστε τα παρακάτω:  
 Ημερομηνία διάγνωσης: \_\_\_\_\_  
 Έχει απαιτηθεί νοσηλεία ή παραμονή στα έκτακτα εξωτερικά ιατρεία; Αν ναι, περιγράψτε και δώστε ημερομηνίες: \_\_\_\_\_  
 Φάρμακα (τύποι και δοσολογία): \_\_\_\_\_  
 Συχνότητα των κρίσεων: \_\_\_\_\_
- ε. Νεοπλασία - όγκος ή οποιοσδήποτε τύπος καρκίνου, κύστη, πολύποδες, μελάνωμα, Karosi's σάρκωμα, κυτταρική διαταραχή, έρπη ζωστήρα, εξόγκωμα, αποιτιάνωση ή ανάπτυξη οποιουδήποτε είδους;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- στ. Ήπαρ, πάγκρεας, χοληδόχο κύστη ή ενδοκρινολογικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: υπόφυση, θυρεοειδή ή μεταβολικές διαταραχές, ή παχυσαρκία;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- ζ. Νεφρά, επινεφρίδια, λειτουργία ουροφόρου οδού, ουροδόχο κύστη, πέτρες ή λοιμώξεις;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- η. Αναπνευστικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: φυματίωση, πνευμονικές διαταραχές, εμφύσημα, χρόνια βήχα, βρογχίτιδα, βρογχικό άσθμα, πλευρίτιδα ή πνευμονία;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- θ. Διαταραχές ψυχικού και νευρικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: ψύχωση, ψυχικές ή συμπεριφορικές διαταραχές, εξάρτηση από χημικές ουσίες ή ναρκωτικά, αλκοολισμός, ψυχιατρική συμβουλευτική ή ομάδες στήριξης, κατάθλιψη, άγχος, χρόνια κόπωση, ή διαταραχές της διατροφής και του ύπνου;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- ι. Νευρολογικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: σκλήρυνση κατά πλάκας, μυϊκή δυστροφία, Πάρκινσον, παράλυση, επιληψία, σπασμούς, ημικρανίες, χρόνιαι πονοκέφαλοι, μηνιγγιτιδα, εγκεφαλικό ή παροδικές ισχαιμικές προσβολές;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- ια. Μυϊκό, σκελετικό, σπονδυλική στήλη, οστά, ή αρθρώσεις, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: σκολίωση, διαταραχές δίσκων ή δισκοπάθεια, εκφυλισμός σπονδύλων ή οποιαδήποτε άλλη πάθηση του αυχένα και της πλάτης, ρευματικά, αρθρίτιδα, τενοντίτιδα, οστεοπόρωση ή φλεγμονή;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- ιβ. Εκ γενετής, γενετικές ή κληρονομικές (γονείς - αδέρφια) ή άλλες εκ γενετής παθήσεις ή βλάβες, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: νοητική υστέρηση, σύνδρομο Down, ή άλλες χρωμοσωμικές διαταραχές;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- ιγ. Πεπτικό σύστημα, στομάχι ή έντερα, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: οισοφαγική παλινδρόμηση, γαστρίτιδα, πολύποδες, έλκη, ή διαταραχές του εντέρου και του πρωκτού;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- ιδ. Αναπαραγωγικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: προστάτη ή αυξημένο επίπεδο ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA), κολπική αιμορραγία, ινομυώματα, οζίδια ή κύστες μαστού, σάλπιγγες, ωθήκες ή μήτρα;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- ιε. Μάτια, αυτιά, μύτη, στόμα, φάρυγγας, λαιμός ή γνάθος, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: καταρράκτη, γλαύκωμα, σκολίωση διαφράγματος, χρόνια ιγμορίτιδα, ή κροταφογοναθική διάρθρωση (TMJ);  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- ιστ. Παθήσεις του δέρματος, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: δερματίτιδες, σπύλους, λιπώματα και αλλεργίες;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- ιζ. Οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, ιατρικό πρόβλημα, τραυματισμό ή πάθηση κάθε είδους που δεν περιλαμβάνεται στα παραπάνω; Αν ναι, περιγράψτε αναλυτικά στην ενότητα Ε.  ΝΑΙ  ΟΧΙ

## Ε. Περαιτέρω Ιατρικές Πληροφορίες

Για οποιαδήποτε ερώτηση που απαντήσατε "ΝΑΙ" στην ενότητα Δ, διευκρινίστε τον αριθμό της ερώτησης και συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία σχετικά με το ιατρικό πρόβλημα που αφορά.

Νο Ερωτ.	Ημερομηνία Συμβάντος	Πάθηση (εις), Διάγνωση, Θεραπεία & Πορεία της Θεραπείας (ων), Διάστημα Τυχόν Νοσηλείας	Νοσοκομείο/ Θεράποντας Ιατρός

## ΣΤ. Συχνότητα Πληρωμών & Τρόπος Είσπραξης

### Συχνότητα Πληρωμής

- Ετησίως  
 Εξαμηνιαίως  
 Τριμηνιαίως  
 Μηνιαίως  
(μονο με χρήση πιστωτικής κάρτας)

### Τρόπος Είσπραξης

- Τραπεζικός Λογαριασμός  
 Πιστωτική Κάρτα

## Ζ. Παρατηρήσεις

### Η. Υπεύθυνη Δήλωση & Εξουσιοδότηση Ασφαλισμένου, Καθώς & Του Κηδεμόνα Τυχόν Ανηλίκων Ασφαλισμένων

Δηλώνω υπεύθυνα ότι :

Τα στοιχεία αυτής της Αίτησης Ασφάλισης & οι απαντήσεις στο Ερωτηματολόγιό της είναι πλήρη & αληθινά σύμφωνα με τα όσα προβλέπονται απο το νόμο 2496/97 άρθρο 3.

Μου γνωστοποιήθηκαν τα υπό του Νόμου (Ν.Δ. 400/70 άρθρο 4, §3, περίπτωση Δ) οριζόμενα πληροφοριακά στοιχεία των Ασφαλιστών, καθώς και τα δικαιώματά μου εκ των άρθρων 12 και 13 του Ν. 2472/1997 και συγκεκριμένα του δικαιώματός λήψευς πληροφοριών σχετικά με όλα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και του δικαιώματος προβολής αντιρρήσεων για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν.

Μου εξηγήθηκε το Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας και το κόστος του τον 1ο χρόνο ισχύος του. Μου υποδείχθηκαν τα σημαντικότερα από τα άρθρα των Γενικών και Ειδικών Όρων συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: εξαιρέσεις, αναμονές, διάρκεια ισχύος και αρμοδιότητα δικαστηρίων.

Μου τονίσθηκε ότι σε κάθε επέτειο της ημερομηνίας έναρξης ισχύος του Ασφαλιστηρίου Υγείας, οι Ασφαλιστές θα επαυπολογίζουν τα ετήσια ασφαλιστρά μου, βάσει της τότε ηλικίας μου και της εφαρμογής των αναλογιστικών κανόνων υπολογισμού τους που αναφέρονται στους γενικούς όρους.

Αμετάκλητα εξουσιοδοτώ :

Οποιοδήποτε ιατρό, πραγματογνώμονα, δικηγόρο, δικαστικό επιμελητή, παροχέα υγείας, νοσοκομείο, κοκ, που μπορεί να κατέχει τώρα ή να αποκτήσει στο μέλλον πληροφορίες σχετικές με τη κατάσταση της υγείας ή της σωματικής αριμείας μου, να τις αναφέρουν στους Ασφαλιστές και ανεπιφύλακτα αποδεχόμενοι και συμφωνώ ότι αυτή η εξουσιοδότηση θα ισχύει για όσο χρονικό διάστημα ως «Δικαιούχος Αποζημίωσης» έχω αξίωση καταβολής αποζημίωσης από τους Ασφαλιστές.

Οι Ασφαλιστές να καταχωρούν και να επεξεργάζονται τα ατομικά μας στοιχεία (ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, φύλο, ημερομηνία γέννησης, Α.Φ.Μ., Δ.Ο.Υ., Αριθμό Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας, Επάγγελμα, Δ/νση & τηλέφωνα επικοινωνίας) τα οποία περιλαμβάνονται στην παρούσα Αίτηση Ασφάλισης.

Ενημερώθηκα ότι :

Για να αρχίσει να ισχύει η ασφάλισή μου οι Ασφαλιστές θα πρέπει να έχουν εκδώσει το αντίστοιχο «Ασφαλιστήριο Υγείας» και να εισπράξουν από εμένα το συνολικό ασφαλιστρο που θα αναγράφεται σ' αυτό.

Περίπου ένα μήνα πριν από κάθε επόμενη ετήσια επέτειο της ημερομηνίας έναρξης ισχύος του Ασφαλιστηρίου Υγείας οι Ασφαλιστές θα εκδίδουν επόμενο «Ασφαλιστήριο Υγείας» η ισχύς του οποίου θα προϋποθέτει την έγκαιρη εξόφληση του συμφωνημένου ασφαλιστρο που θα αναγράφεται σ' αυτό.

### Θ. Διατύπωση Δήλωσης Συγκατάθεσης Επί Προσωπικών Δεδομένων – Στάδιο Προσφοράς

Οι προσωπικές πληροφορίες Σας

Εμείς και άλλοι συμμετέχοντες στην ασφαλιστική αγορά χρειαζόμαστε τη συγκατάθεσή σας για την χρήση ευαίσθητων πληροφοριών που σχετίζονται με εσάς, ως εκτίθενται κατωτέρω, σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψή σας.

Μπορείτε να μην δηλώσετε τη συγκατάθεσή σας και μπορείτε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας οποτεδήποτε. Εντούτοις, η έλλειψη συγκατάθεσης ή ανάκλησή της από μέρους σας, μπορεί να έχει επιπτώσεις στη δυνατότητα παροχής της ασφαλιστικής κάλυψης από μέρους μας, από την οποία επωφελείστε και μπορεί να μην καταστεί εφικτή η παροχή κάλυψης προς Εσάς ούτε ο χειρισμός των απαιτήσεών σας.

Συγκατατίθεστε ως προς τη χρήση των προσωπικών δεδομένων και πληροφοριών σχετικά με τη φυλετική ή εθνική καταγωγή σας, τις πολιτικές πεποιθήσεις σας, θρησκευτικές ή φιλοσοφικές απόψεις σας, τη συμμετοχή σας σε συνδικαλιστικές οργανώσεις, τα γενετικά και βιομετρικά δεδομένα σας, την υγεία σας, την ερωτική ζωή σας ή τον σεξουαλικό προσανατολισμό σας ή τις ποινικές καταδίκες σας αναφορικά με την ασφαλιστική σας κάλυψη;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Λεπτομέρειες άλλων προσώπων παρεχόμενες από Εσάς

Όταν παρέχετε την Εταιρεία μας με δεδομένα σχετικά με άλλα πρόσωπα, εμείς και άλλοι συμμετέχοντες στην ασφαλιστική αγορά χρειαζόμαστε τη συγκατάθεσή τους για την χρήση ευαίσθητων πληροφοριών που σχετίζονται με αυτούς, ως εκτίθενται κατωτέρω, σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψή σας. Πρέπει να διασφαλίσουμε ότι έχετε λάβει τη συγκατάθεσή τους, πριν παρέχετε αυτές τις πληροφορίες σε εμάς.

Έχετε λάβει τη συγκατάθεση έκαστου προσώπου, του οποίου τις πληροφορίες μας παρέχετε αναφορικά με την ασφαλιστική κάλυψή σας, ως προς τη χρήση των προσωπικών δεδομένων και πληροφοριών σχετικά με τη φυλετική ή εθνική καταγωγή του, τις πολιτικές πεποιθήσεις του, θρησκευτικές ή φιλοσοφικές απόψεις του, τη συμμετοχή του σε συνδικαλιστικές οργανώσεις, τα γενετικά και βιομετρικά δεδομένα του, την υγεία του, την ερωτική ζωή του ή τον σεξουαλικό προσανατολισμό του ή τις ποινικές καταδίκες του αναφορικά με την ασφαλιστική σας κάλυψη;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

#### Χρήση μόνο από τον ασφαλιστικό σύμβουλο/ μεσίτη

Πιστοποιώ, ότι η παρούσα αίτηση και το ερωτηματολόγιο υγείας συμπληρώθηκαν και υπογράφηκαν ενώπιόν μου, από τον ασφαλιζόμενο/συμβαλλόμενο που αναγράφεται παραπάνω.

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ (ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ) \_\_\_\_\_

ΚΩΔΙΚΟΣ \_\_\_\_\_

ΥΠΟΓΡΑΦΗ \_\_\_\_\_

ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΘΑΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ \_\_\_\_\_