

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗ

Α. Στοιχεία Συμβαλλόμενου (Λήπτης Ασφάλισης)

ΕΠΩΝΥΜΟ _____

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ / /

ΑΦΜ

ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ _____

ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ

ΝΟΜΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ _____

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΤΑΙΡΙΑΣ

ΤΑΜΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ _____

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ _____

EMAIL _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ _____

ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΟΛΗ, Τ.Κ.

ΟΝΟΜΑ _____

ΦΥΛΟ ΑΡΣΕΝΙΚΟ ΘΗΛΥΚΟ

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ _____

ΔΟΥ _____

ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ _____

HOBBIES / ΣΠΟΡ _____

ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΝΑΙ ΟΧΙ ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: _____

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ _____

ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΟΛΗ, Τ.Κ.

Β1. Στοιχεία Ασφαλιζόμενου (συμπληρώνεται σε περίπτωση που είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον συμβαλλόμενο)

ΕΠΩΝΥΜΟ _____

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ / /

ΑΦΜ

ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ _____

ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ

ΝΟΜΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ _____

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΤΑΙΡΙΑΣ

ΤΑΜΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ _____

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ _____

EMAIL _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ _____

ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΟΛΗ, Τ.Κ.

ΟΝΟΜΑ _____

ΦΥΛΟ ΑΡΣΕΝΙΚΟ ΘΗΛΥΚΟ

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ _____

ΔΟΥ _____

ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ _____

HOBBIES / ΣΠΟΡ _____

ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΝΑΙ ΟΧΙ ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: _____

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ _____

ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΟΛΗ, Τ.Κ.

Β2. Στοιχεία Συνασφαλιζόμενων Ατόμων

ΑΑ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΥΨΟΣ	ΒΑΡΟΣ	ΣΧΕΣΗ

Γ. Στοιχεία Προγράμματος Ασφάλισης

Περιγραφή Καλύψεων

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ _____

Όριο Εξόδων Νοσηλείας Κυρίως Συμβολαίου

Ανα Νοσηλεία / Ανα Έτος :

Ανά Έτος: _____

Ασφαλιστική Εταιρία: _____

Όριο Εξόδων Νοσηλείας

Ανα Νοσηλεία / Ανα Έτος :

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

Προκαθορισμένη Θέση Νοσηλείας

Α' Μονόκλινο

Β' Δίκλινο

Δ. Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασφαλιζόμενου

	ΑΣΦ/ΝΟΣ	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΠΑΙΔΙ 1	ΠΑΙΔΙ 2	ΠΑΙΔΙ 3
1. Είστε αυτή τη στιγμή ανάπηρος ή αδυνατείτε να πραγματοποιήσετε κανονικές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: κινητικότητα, σίτιση, προσωπική υγιεινή και ντύσιμο;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Έχετε ποτέ νοσηλευθεί χειρουργηθεί ή πρόκειται να νοσηλευθείτε για θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση; Σας έχει ποτέ συστηθεί νοσηλεία για θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An ναι, για ποιο ιατρικό λόγο; _____ Περιγράψτε αναλυτικά στην ενότητα E.					
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;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Είχατε κάνει ποτέ, ή σας έχουν συστήσει να κάνετε, ή είστε αυτή τη στιγμή σε λίστα αναμονής για να κάνετε μεταμόσχευση οργάνου;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Είστε έγκυος; Εάν ναι, ποιά είναι η προβλεπόμενη ημερομηνία τοκετού; _____	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Έχει απορριφθεί, αναβληθεί, γίνει δεκτή με ειδικούς όρους/εξαιρέσεις/επασφάλιστρο, ή εκκρεμεί αίτηση σας για ασφάλιση υγείας; Eαν ναι, παρακαλούμε διευκρινήστε τον λόγο και την εταιρία _____	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Έχετε απαλλαγεί ή πάρει αναβολή απο την στρατιωτική σας θητεία για λόγους υγείας;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ποιο είναι το ύψος σας και το βάρος σας; Ύψος: _____ εκ. Βάρος: _____ κιλά					
9. Έχει μεταβληθεί το βάρος σας τα τελευταία χρόνια; An ναι, περιγράψτε αναλυτικά: Αυξομείωση βάρους σε κιλά: _____ Χρονικό Διάστημα: _____ Αιτία: _____	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Καπνίζετε; An ναι, πόσο καιρό και τι ποσότητα ημερησίως; _____	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Πίνετε αλκοολούχα ποτά; Eαν ναι, τι ποσότητα ημερησίως; _____	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 E, συμπληρώστε τα παρακάτω: Ημερομηνία της πλέον πρόσφατης μέτρησης της πίεσης του αίματος _____ Αποτέλεσμα: Μικρή: _____ Μεγάλη: _____ Φάρμακα που λαμβάνονται (Τύποι και Δοσολογίες): _____	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Αίμα, αιμοφόρα αγγεία, σπλήνα, αρτηρίες, φλέβες ή διαταραχές του αίματος, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: αναιμία, αιμοφιλία, λευχαιμία, ηπατίτιδα, λεμφαδένες, τριγλυκερίδια, ή υψηλή χοληστερίνη;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Δ. Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασφαλιζόμενου (συνέχεια)

	ΑΣΦ/ΝΟΣ	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΠΑΙΔΙ 1	ΠΑΙΔΙ 2	ΠΑΙΔΙ 3
γ. Διαβήτης, υπεργλυκαιμία ή υπογλυκαιμία;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ. Άσθμα ή αλλεργίες; Εάν ναι, εκτός απο την ενότητα Ε , διευκρινήστε ποιο απο 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: _____	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε. Νεοπλασία - όγκος ή οποιοσδήποτε τύπος καρκίνου, κύστη, πολύποδες, μελάνωμα, Karosi's σάρκωμα, κυτταρική διαταραχή, έρπη ζωστήρα, εξόγκωμα, αποτιτάνωση ή ανάπτυξη οποιουδήποτε είδους;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ. Ήπαρ, πάγκρεας, χοληδόχο κύστη ή ενδοκρινολογικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: υπόφυση, θυρεοειδή ή μεταβολικές διαταραχές, ή παχυσαρκία;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ζ. Νεφρά, επινεφρίδια, λειτουργία ουροφόρου οδού, ουροδόχο κύστη, πέτρες ή λοιμώξεις;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
η. Αναπνευστικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: φυματίωση, πνευμονικές διαταραχές, εμφύσημα, χρόνια βήχα, βρογχίτιδα, βρογχικό άσθμα, πλευρίτιδα ή πνευμονία;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ι. Νευρολογικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: σκλήρυνση κατά πλάκας, μυϊκή δυστροφία, Πάρκινσον, παράλυση, επιληψία, συσπάσεις, σπασμούς, ημικρανίες, χρόνιαι πονοκέφαλοι, μηνιγγιτιδα, εγκεφαλικό ή παροδικές ισχαιμικές προσβολές;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ιγ. Πεπτικό σύστημα, στομάχι ή έντερα, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: οισοφαγική παλινδρόμηση, γαστρίτιδα, πολύποδες, έλκη, ή διαταραχές του εντέρου και του πρωκτού;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ιδ. Αναπαραγωγικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: προστάτη ή αυξημένο επίπεδο ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA), κολπική αιμορραγία, ινομύματα, οζίδια ή κύστες μαστού, σάλπιγγες, ωθήκες ή μήτρα;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ιε. Μάτια, αυτιά, μύτη, στόμα, φάρυγγας, λαιμός ή γνάθος, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: καταρράκτη, γλαύκωμα, σκολίωση διαφράγματος, χρόνια ιγμορίτιδα, ή κροταφογοναθική διάρθρωση (TMJ);	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ιστ. Παθήσεις του δέρματος, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: δερματίτιδες, σπίλους, λιπώματα και αλλεργίες;	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ιζ. Οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, ιατρικό πρόβλημα, τραυματισμό ή πάθηση κάθε είδους που δεν περιλαμβάνεται στα παραπάνω; Αν ναι, περιγράψτε αναλυτικά στην ενότητα Ε.	NAI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OXI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Τριμηνιαίως
 Εξαμηνιαίως 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 από 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 αρτιμέλειας 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 _____