

Έντυπο Αίτησης Συμμετοχής Ομαδικής Ασφάλισης

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΤΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΟΥΤΙΑ

Τα προσωπικά σας στοιχεία

Όνομα εταιρείας:

Όνομα εργαζομένου:

Ταχυδρομική διεύθυνση:

T.K.:

Χώρα:

Επάγγελμα:

Εθνικότητα:

(Θα χρησιμοποιηθεί για να καθοριστεί η Χώρα Καταγωγής του Αιτούντα και των εξαρτώμενων του)

Επιθυμητή Κάλυψη – Όπως επιλέχτηκε από τον εργοδότη σας

International	<input type="checkbox"/>	Ζώνη 1 Παγκοσμίως εξ. ΗΠΑ, Καναδά & Καραϊβική	<input type="checkbox"/>	Επιλογή ίδιας επιβάρυνσης	
International Plus	<input type="checkbox"/>	Ζώνη 2 Παγκοσμίως	<input type="checkbox"/>	£500/\$850/ €650	<input type="checkbox"/>
Executive	<input type="checkbox"/>			£1,000/\$1,700/ €1,300	<input type="checkbox"/>
Executive Plus	<input type="checkbox"/>			£5,000/\$8,500/ €6,500	<input type="checkbox"/>
Άρση εξωνοσ/κης επι/νοσης*	<input type="checkbox"/>			£10,000/\$17,000/ €13,000	<input type="checkbox"/>

*Ισχύει μόνο για τα International Plus, Executive and Executive Plus

Άτομα προς ασφάλιση

Επίθετο	Όνομα	Ημερομηνία γέννησης	Φύλο	Χώρα Διαμονής	Επιθυμητή ζώνη κάλυψης
Αιτών:					
Σύζυγος/Σύντροφος:					
Τέκνο:†					
Τέκνο:†					
Τέκνο:†					
Τέκνο:†					

†Ως την ηλικία των 18 ετών, ή 24 αν συνεχίζει πλήρη φροντίση σε εκπαιδευτικό ίδρυμα. Θα απαιτηθούν αποδεικτικά στοιχεία.

Στοιχεία επικοινωνίας του γιατρού σας

Παρακαλώ δώστε τα στοιχεία του(ων) γιατρού(ων) που είναι πιο οικείος(οι) με το ιατρικό ιστορικό εσών και των εξαρτώμενων σας.

Όνομα του γιατρού:

Όνομα του γιατρού:

Διεύθυνση:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

Τηλέφωνο:

Δήλωση

Διά τούτου αιτούμαι να εγγραφώ στο Συμβόλαιο μαζί με τα άτομα προς ασφάλιση που αναφέρονται παραπάνω. Δηλώνω ότι εξ' όσων γνωρίζω και πιστεύω τα στοιχεία που παρέχονται στο παρόν είναι πλήρη και αληθή. Αναγνωρίζω εκ μέρους όλων των προς ασφάλιση ατόμων ότι οι παροχές δε θα ισχύουν για αγωγές που χρειάζονται για προϋπάρχουσες παθήσεις όπως εξηγείται πλήρως στους όρους του Συμβολαίου. Το παρόν δεν ισχύει αν είστε ασφαλισμένος σε ομαδικό συμβόλαιο στο οποίο έχει αρθεί η εξαίρεση περί Προϋπάρχουσας Πάθησης. Συμφωνείται ότι η δήλωση αυτή και τα στοιχεία που δίνονται στην αίτηση αυτή θα αποτελέσουν τη βάση του(ων) συμβολαίου(ων) μεταξύ του(ων) Ασφαλισμένου(ων) και της Ασφαλιστικής Εταιρείας.

Υπογραφή αιτούντα:

Ημερομηνία:

(εκ μέρους όλων των προς ασφάλιση ατόμων)

Νόμος προστασίας προσωπικών δεδομένων

Οι πληροφορίες που έχετε παρέχει θα αποτελέσουν μέρος των προσωπικών δεδομένων που διατηρεί η MediCare International και θα χρησιμοποιηθούν για την παροχή και διαχείριση ασφαλιστικών προϊόντων και υπηρεσιών. Η MediCare International ενδέχεται να αποκαλύψει τα προσωπικά σας δεδομένα σε άλλες ασφαλιστικές εταιρείες και τους εκπροσώπους τους για σκοπούς αναδοχής, χειρισμού αξιώσεων, και αποφυγής απάτης. Επιπρόσθετα, ενδέχεται να αναζητήσει πληροφορίες από άλλες ασφαλιστικές εταιρείες για να ελέγξει τις απαντήσεις που έχετε δώσει. Τα πλήρη στοιχεία του τρόπου που χειρίζεται προσωπικά δεδομένα η MediCare International παρουσιάζονται στο μητρώο που τηρείται από τον Επίτροπο Πληροφοριών.