

## Έντυπο Ατομικής Αίτησης

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΤΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΟΥΤΙΑ

Τα προσωπικά σας στοιχεία

Πλήρες όνομα αιτούντα:

Ταχυδρομική διεύθυνση:

T.K.: Χώρα:

Τηλέφωνο: Φαξ: Email:

Επάγγελμα: Εθνικότητα:

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

Επιθυμητή Κάλυψη (παρακαλώ επιλέξτε)

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

\*εφαρμοσίμο μόνο για το Συμβόλαιο Executive Plus

Επιθυμητή Ημερ. Έναρξης

Κατά την έγκριση

Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε)

Άτομα προς ασφάλιση

Επώνυμο	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 εσάς και των εξαρτώμενων σας.

Όνομα του γιατρού:

Όνομα του γιατρού:

Διεύθυνση:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

Τηλέφωνο:

Δήλωση

Διά τούτου αιτούμαι να εγγραφώ στο Πλάνο 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. Προς όφελος και προστασία μου, έχω διαβάσει τον Κανονισμό του Πλάνου προσεκτικά, (συμπεριλαμβανομένου του κανονισμού που αφορά στα νεογνά) και ζήτησα περαιτέρω πληροφορίες για τα δυσνόητα σημεία. Καταλαβαίνω ότι οι Όροι θα είναι μέρος κάθε ασφάλισης που θα εκδοθεί ως αποτέλεσμα αυτής της Αίτησης. Συμφωνώ ότι θα δεσμεύει εμένα και όλους τους εξαρτώμενους που συμπεριλαμβάνονται στη συμμετοχή μου. Αναγνωρίζω εκ μέρους όλων των προς ασφάλιση ατόμων ότι οι παροχές δε θα ισχύουν για αγωγές που χρειάζονται για προϋπάρχουσες παθήσεις όπως εξηγείται πληρέστερα στους Όρους του Πλάνου. 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)

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΜΕΘΟΔΟΥ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΨΤΕ ΤΟ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
MEDICARE INTERNATIONAL

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 ασφαλιστικές εταιρείες και τους εκπροσώπους τους για σκοπούς αναδοχής, χειρισμού αιτημάτων, και αποφυγής απάτης. Επιπρόσθετα, ενδέχεται να αναζητήσει πληροφορίες από 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.

## Ιατρικό Ερωτηματολόγιο (μόνο για ηλικίες 65 και άνω)

Αν εσείς ή ο/η σύζυγος/σύντροφος σας είστε 65 και άνω πρέπει να συμπληρώσετε αυτό το έντυπο

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΠΛΗΡΩΣ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΤΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΟΥΤΙΑ

### Προσωπικά Στοιχεία

Πλήρες όνομα του Αιτούντα Πλήρες όνομα του/ης συζύγου/συντρόφου:

Ύψος (εκ): Βάρος (κιλά): Ύψος (εκ): Βάρος (κιλά):

Παρακαλώ δώστε τα στοιχεία του(ων) γιατρού(ων) που είναι πιο οικείος(οι) με το ιατρικό ιστορικό εσάς και του/ης συζύγου/συντρόφου σας.

Όνομα του γιατρού: Όνομα του γιατρού:

Διεύθυνση: Διεύθυνση:

Τηλέφωνο: Τηλέφωνο:

1. Έχετε κάνει κάποια χειρουργική επέμβαση, έχετε νοσηλευτεί ή δεχτεί αγωγή σε νοσοκομείο, κλινική, σανατόριο, γηροκομείο, ή άλλη ιατρική μονάδα εντός των τελευταίων πέντε ετών; διενεργούνται αγωγές ή εξετάσεις επί του παρόντος; έχει προγραμματιστεί να γίνει κάποια εγχείρηση/vasokoμειακή νοσηλεία;

Αιτών:  Ναι  Όχι Σύζυγος/Σύντροφος:  Ναι  Όχι

2. Έχετε δεχτεί αγωγή, έχετε κάνει εξετάσεις ή έχετε περάσει από ιατρική εξέταση από Γενικό Ιατρό ή Σύμβουλο, συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων συνταγολογίου, εντός των τελευταίων πέντε ετών;

Αιτών:  Ναι  Όχι Σύζυγος/Σύντροφος:  Ναι  Όχι

3. Πάσχετε επί του παρόντος από κάποια ιατρική πάθηση ή αναπηρία ή υποφέρετε από συμπτώματα οποιουδήποτε είδους που μπορεί λογικά να θεωρηθεί ότι θα απαιτήσουν ιατρική προσοχή στο μέλλον;

Αιτών:  Ναι  Όχι Σύζυγος/Σύντροφος:  Ναι  Όχι

### Σημαντικό

Αν η απάντηση σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις είναι "Ναι", παρακαλείστε όπως δώσετε τα πλήρη στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων ημερομηνιών, τη φύση της ασθένειας ή της αναπηρίας, των ιατρικών διαδικασιών που ακολούθηθηκαν ή εξετάσεις που εκτελέστηκαν και τα στοιχεία των φαρμάκων που συνταγογραφήθηκαν. Παρακαλείστε όπως αναφέρετε το όνομα και τη διεύθυνση του θεράποντα ιατρού/ συμβούλου ή/και της ιατρικής μονάδας όπου έλαβαν χώρα οι εξετάσεις ή η θεραπεία.

Αιτών:

Σύζυγος/σύντροφος:

### Δήλωση

Δηλώνω ότι οι απαντήσεις στις παραπάνω ερωτήσεις είναι ακριβείς και εξ'όσων γνωρίζω και πιστεύω, πλήρεις, ολοκληρωμένες και αληθείς, και ότι δεν έχω γνώση καμίας περίπτωσης που θα μπορούσε να επηρεάσει τα αποτελέσματα της εκτίμησης της αίτησής μου για ασφάλιση από την Ασφαλιστική Εταιρεία. Εξουσιοδοτώ κάθε γιατρό που έχει παρακολουθήσει εμένα ή το/τη σύζυγο/σύντροφο μου για διάγνωση, θεραπεία, πάθηση ή ασθένεια, να δώσει στην Ασφαλιστική Εταιρεία τα πλήρη στοιχεία αυτών, συμπεριλαμβανομένου προηγούμενου ιατρικού ιστορικού. Παραιτούμαι της προστασίας για τον εαυτό μου και για τα άτομα που θα ωφεληθούν ή θα αξιώσουν ωφέλεια από το συμβόλαιό που θα προκύψει από τις απαντήσεις που δώθηκαν, που προσφέρουν οι διατάξεις του νόμου που απαγορεύουν τέτοιες ενέργειες. Η άρνηση παροχής ιατρικών πληροφοριών από τον Ασφαλισμένο, γιατρούς, κλινικές, νοσοκομεία, ή άλλα ιδρύματα θα θεωρηθεί ως παραίτηση του δικαιώματος για παροχές από τον Ασφαλισμένο ή/και τον προμηθευτή υπηρεσιών και η Ασφαλιστική Εταιρεία δεν θα έχει πλέον καμία υποχρέωση προς τα άτομα αυτά ή αυτές τα νομικά πρόσωπα. Δίνω τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία από την MediCare International των προσωπικών δεδομένων που παρέχω ή που παρέχονται εκ μέρους μου στη MediCare International από οποιοδήποτε άλλο άτομο.

Υπογραφή Αιτούντα: Ημερομηνία:

Υπογραφή συζύγου/συντρόφου: Ημερομηνία:

Η κάλυψη δε θα ξεκινήσει ως ότου ενημερωθείτε από τη MediCare International για τυχόν ειδικούς όρους που μπορεί να ισχύσουν και αφού επιβεβαιώσετε την αποδοχή αυτών των ειδικών όρων και πληρώσετε το απαραίτητο ασφάλιστρο.