



ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΖΩΗΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

i Για την εξέταση της αίτησής σας απαιτείται η ρητή συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία των δεδομένων υγείας που είναι αναγκαία για την αξιολόγηση και διαχείρισή της, όπως περιγράφεται αναλυτικότερα στη συνέχεια της παρούσας αίτησης.

A

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

Α.Φ.Μ.

Δ.Α.Τ.

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΦΥΛΟ

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Τ.Κ. / ΠΟΛΗ

ΝΟΜΟΣ

Δ.Ο.Υ.

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

EMAIL

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΑΛΛΑΓΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΑΛΛΑΓΗΣ

Τ.Κ. / ΠΟΛΗ

ΝΟΜΟΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

IBAN ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ / ΤΡΑΠΕΖΑ

Β ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

Α.Φ.Μ.

Δ.Α.Τ.

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΦΥΛΟ

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ - ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Τ.Κ. / ΠΟΛΗ

ΝΟΜΟΣ

Δ.Ο.Υ.

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

EMAIL

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΑΛΛΑΓΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΑΛΛΑΓΗΣ

Τ.Κ. / ΠΟΛΗ

ΝΟΜΟΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΙΒΑΝ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ / ΤΡΑΠΕΖΑ

ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΠΟΣΑ ΤΑΞΙΔΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙΤΕ ΕΤΗΣΙΩΣ

ΣΧΕΣΗ ΛΗΠΤΗ / ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΑΛΛΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ / ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ

Γ ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΥΨΟΣ	ΒΑΡΟΣ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ	ΚΑΛΥΨΗ (ΚΩΔ.)
1							
2							
3							

Δ**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ** (σε περίπτωση θανάτου)**1 ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ 1**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

Α.Δ.Τ.

Α.Φ.Μ.

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ

Δ.Ο.Υ.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΟΣΟΥ

ΙΒΑΝ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ / ΤΡΑΠΕΖΑ

2 ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ 2

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

Α.Δ.Τ.

Α.Φ.Μ.

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ

Δ.Ο.Υ.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΟΣΟΥ

ΙΒΑΝ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ / ΤΡΑΠΕΖΑ

Ε**ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ** (σε περίπτωση θανάτου του Λήπτη της Ασφάλισης)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

Α.Δ.Τ.

Α.Φ.Μ.

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ

Δ.Ο.Υ.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΟΣΟΥ

ΙΒΑΝ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ / ΤΡΑΠΕΖΑ

ΣΤ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

..... / / 20.....

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ
ΒΑΣΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ · ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΘΑΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ

Είδος Βασικής Ασφάλισης Ζωής

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

- ☐ Κάθε χρόνο
- ☐ Κάθε εξάμηνο
- ☐ Κάθε τρίμηνο
- ☐ Κάθε μήνα (μόνο με πιστωτική κάρτα)

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

- ☐ Μέσω τραπεζής
- ☐ Με πιστωτική κάρτα
- ☐ Με ταχυδρομική επιταγή
- ☐ Μέσω Εισπράκτορα

ΠΟΣΟ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ
ΕΥΡΩ
ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ
ΣΤ. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ
ΠΡΟΣΘΗΚΕΣ ΓΕΝΙΚΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ · ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ

Θάνατος από Ατύχημα (ΘΑ)

Απαλλαγή Πληρωμής Ασφαλίσεων (ΑΠΑ)

Απαλλαγή Πληρ. Ασφ. Συμβαλλομένου (ΑΠΑΣ)

Μόνιμη Ολική Ανικανότητα (ΜΟΑ)

Θάν. & Μόν. Ολ. Ανικαν. από Ατύχημα (ΘΑΜΑ)

Προσωπικό Ατύχημα (ΠΑ)

ΠΡΟΣΘΗΚΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ – ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ (ΑΕ)

από ασθένεια / μηνιαία παροχή

- ☐ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ από 1η ημέρα / ΣΠΙΤΙ από 8η ημέρα
- ☐ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ από 1η ημέρα / ΣΠΙΤΙ από 15η ημέρα
- ☐ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ από 8η ημέρα / ΣΠΙΤΙ από 8η ημέρα

από ατύχημα / μηνιαία παροχή

- ☐ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ από 1η ημέρα / ΣΠΙΤΙ από 1η ημέρα
- ☐ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ από 1η ημέρα / ΣΠΙΤΙ από 3η ημέρα
- ☐ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ από 1η ημέρα / ΣΠΙΤΙ από 7η ημέρα

από ασθένεια & ατύχημα / μηνιαία παροχή

- ☐ ΑΣΘ: 1η / 8η ημέρα & ΑΤΥ: 1η / 4η ημέρα
- ☐ ΑΣΘ: 8η / 8η ημέρα & ΑΤΥ: 8η / 8η ημέρα
- ☐ ΑΣΘ: 1η / 15η ημέρα & ΑΤΥ: 1η / 1η ημέρα

ΠΡΟΣΘΗΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Νοσοκομειακό επίδομα / ημερήσια παροχή (ΝΕ)

Ευρεία Νοσοκομειακή Περίθαλψη (ΕΝΠ)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ (σχέδιο)

Ισόβια Υγεία

Παίδων Υγεία

Προστασία Υγείας

Κάρτα Υγείας

Κάρτα Νοσηλείας

Πρόγραμμα Αλλοδαπών

Νοιάζομαι

ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΗΣΙΩΝ ΚΑΘΑΡΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Z ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ
A) ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

1. ΥΨΟΣ		ΒΑΡΟΣ		ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ	
----------------	----------------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------------

2. Είστε αριστόχειρας;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
3. Καπνίζετε;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», πόσα τσιγάρα την ημέρα;	
4. Καταναλώνετε οινοπνευματώδη ποτά;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», πόσα οινοπνευματώδη ποτά εβδομαδιαίως;	
5. Υπήρξε μεταβολή στο βάρος σας τον τελευταίο χρόνο;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:	
6. Είστε υπέρτασικός ή υποτασικός;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», αναφέρατε την πίεση:	
7. Έχετε ακολουθήσει ποτέ θεραπεία ή νοσηλευτήκατε για τα ακόλουθα: διαβήτη, σάκχαρο, ασθένεια νεφρών, ρευματικό πυρετό, καρδιακή πάθηση, υπέρταση, ασθένεια πνευμόνων, νεόπλασμα, έλκος ή πάθηση του πεπτικού συστήματος, επιληψία, διανοητική ή νευρική διαταραχή ή οποιαδήποτε άλλη πάθηση, διαταραχή, τραύμα ή σωματικό ελάττωμα, καρκίνο (οποιασδήποτε μορφής), παθήσεις μυοσκελετικού, παθήσεις των αδένων, παθήσεις του δέρματος, αφροδίσιο νόσημα;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ» αναφέρατε πότε και πιο αναλυτικά:	
8. Κάνατε την τελευταία πενταετία, ηλεκτροκαρδιογραφήματα, ακτινογραφίες, αιματολογικές εξετάσεις ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:	
9. Προσβλήθηκε ποτέ μέλος από το οικογενειακό σας περιβάλλον από φυματίωση, σακχαρώδη διαβήτη, ασθένεια του αίματος, καρδιακή πάθηση, καρκίνο (οποιασδήποτε μορφής), ασθένεια των νεφρών;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:	
10. Σκοπεύετε να χειρουργηθείτε ή να ακολουθήσετε θεραπεία;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:	
11. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:	
12. Έχετε πάθει ανικανότητα για εργασία από ατύχημα ή ασθένεια;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:	
13. Έχετε υποβληθεί σε εγχείρηση ή εγχειρήσεις;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:	
14. Υποφέρατε ποτέ, πήρατε ιατρικές συμβουλές, υποβληθήκατε σε θεραπεία ή τεστ (αίματος ή άλλο) σε νοσηλευτήριο για AIDS ή κατάσταση σχετική με AIDS;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:	
15. Έχετε απαλλαγεί ή πάρει αναβολή κατάταξης από τις ένοπλες δυνάμεις για λόγους υγείας;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:	

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

1. Είσθε έγκυος;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», πόσο μηνών;	
2. Ακολουθήσατε ποτέ θεραπεία ή νοσηλευτήκατε για παθήσεις μαστών, μήτρας, σαλπίγγων, ωοθηκών και γενικά του γεννητικού συστήματος;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:	

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ
1. ΥΨΟΣ

ΒΑΡΟΣ

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ

2. Είστε αριστόχειρας;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

3. Καπνίζετε;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», πόσα τσιγάρα την ημέρα;

4. Καταναλώνετε οινοπνευματώδη ποτά;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», πόσα οινοπνευματώδη ποτά εβδομαδιαίως;

5. Υπήρξε μεταβολή στο βάρος σας τον τελευταίο χρόνο;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:

6. Είστε υπέρτασικός ή υποτασικός;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», αναφέρατε την πίεση:

7. Έχετε ακολουθήσει ποτέ θεραπεία ή νοσηλευτήκατε για τα ακόλουθα: διαβήτη, σάκχαρο, ασθένεια νεφρών, ρευματικό πυρετό, καρδιακή πάθηση, υπέρταση, ασθένεια πνευμόνων, νεόπλασμα, έλκος ή πάθηση του πεπτικού συστήματος, επιληψία, διανοητική ή νευρική διαταραχή ή οποιαδήποτε άλλη πάθηση, διαταραχή, τραύμα ή σωματικό ελάττωμα, καρκίνο (οποιασδήποτε μορφής), παθήσεις μυοσκελετικού, παθήσεις των αδένων, παθήσεις του δέρματος, αφροδίσιο νόσημα;

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ» αναφέρατε πότε και πιο αναλυτικά:

8. Κάνατε την τελευταία πενταετία, ηλεκτροκαρδιογραφήματα, ακτινογραφίες, αιματολογικές εξετάσεις ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:

9. Προσβλήθηκε ποτέ μέλος από το οικογενειακό σας περιβάλλον από φυματίωση, σακχαρώδη διαβήτη, ασθένεια του αίματος, καρδιακή πάθηση, καρκίνο (οποιασδήποτε μορφής), ασθένεια των νεφρών;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:

10. Σκοπεύετε να χειρουργηθείτε ή να ακολουθήσετε θεραπεία;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:

11. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:

12. Έχετε πάθει ανικανότητα για εργασία από ατύχημα ή ασθένεια;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:

13. Έχετε υποβληθεί σε εγχείρηση ή εγχειρήσεις;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:

14. Υποφέρατε ποτέ, πήρατε ιατρικές συμβουλές, υποβληθήκατε σε θεραπεία ή τεστ (αίματος ή άλλο) σε νοσηλευτήριο για AIDS ή κατάσταση σχετική με AIDS;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:

15. Έχετε απαλλαγεί ή πάρει αναβολή κατάταξης από τις ένοπλες δυνάμεις για λόγους υγείας;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ
1. Είσθε έγκυος;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», πόσο μηνών;

2. Ακολουθήσατε ποτέ θεραπεία ή νοσηλευτήκατε για παθήσεις μαστών, μήτρας, σαλπίγγων, ωοθηκών και γενικά του γεννητικού συστήματος;
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ», πιο αναλυτικά:

Β) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΛΙΚΙΑ (αν ζουν)	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΗΛΙΚΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ
ΠΑΤΕΡΑΣ					
ΜΗΤΕΡΑ					

Γ)

 1. Ποιο είναι το μηνιαίο ατομικό σας εισόδημα; €

 2. Ποιο είναι το μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα; €

 3. Ανήκει κάποιος από τους λήπτες / ασφαλισμένους / δικαιούχους του ασφαλιστηρίου σε κατηγορία Πολιτικώς Εκτεθειμένων Προσώπων (Π.Ε.Π); ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

 Αν ΝΑΙ, αναφέρετε το όνομα

Αν ΟΧΙ, σας ενημερώνουμε πως υποχρεούστε να μας το δηλώσετε άμεσα σε οποιαδήποτε μελλοντική απόκτηση της ανωτέρω ιδιότητας.

Η
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ) — ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

 1. ΥΨΟΣ **ΒΑΡΟΣ**

 2. Είστε αριστόχειρας; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

 3. Καπνίζετε; Αν «ΝΑΙ», πόσα τσιγάρα την ημέρα (μέσος όρος); ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

 4. Καταναλώνετε οινοπνευματώδη ποτά; Αν «ΝΑΙ», πόσα ποτά την ημέρα (μέσος όρος); ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

 5. Πόση είναι η αρτηριακή σας πίεση; ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΜΕΓΙΣΤΗ

 6. Έχετε προσβληθεί ποτέ ή υποφέρετε από ασθένειες; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Α) Του νευρικού συστήματος, του εγκεφάλου, των ματιών, των αυτιών, του πεπτικού;

Β) Της καρδιάς ή του κυκλοφορικού συστήματος, των νεφρών, της ουροδόχου κύστεως ή των γεννητικών οργάνων, του δέρματος;

Γ) Του αναπνευστικού συστήματος, του σκελετού, των συνδέσμων ή των μυών, των αδένων, του αίματος;

 7. Έχετε προσβληθεί ποτέ ή υποφέρετε από αφροδίσιο νόσημα, όγκο ή καρκίνο; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

 8. Νοσηλευθήκατε ποτέ για οποιαδήποτε αιτία σε νοσοκομείο ή κλινική; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

 9. Έχετε υποβληθεί σε εγχείρηση / -εις; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

 10. Έχετε απαλλαγεί ή πάρει αναβολή κατάταξης από τις ένοπλες δυνάμεις για λόγους υγείας; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΡΧΙΑΤΡΟΥ — ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ)

Ονοματεπώνυμο — Υπογραφή

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΜΕ ΤΟ Δ.Α.Τ. ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ / ΚΩΔΙΚΟΣ:

(Υπογραφή & Σφραγίδα)

ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝΤΕΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	Α.Φ.Μ.
	ΑΡ. ΕΙΔ. ΜΗΤΡΩΟΥ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΣΥΜΒΑΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	Α.Φ.Μ.
	ΑΡ. ΕΙΔ. ΜΗΤΡΩΟΥ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ	Α.Φ.Μ.
	ΑΡ. ΕΙΔ. ΜΗΤΡΩΟΥ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η παρούσα αίτηση ασφάλισης προέκυψε κατόπιν έρευνας και αξιολόγησης των ασφαλιστικών μου αναγκών και γραπτής μου ενημέρωσης για αυτές, αποτελεί αιτιολογημένη παροχή συμβουλής από τον διανομέα για το ασφαλιστικό προϊόν και τελεί υπό την αποδοχή ή μη της Εταιρίας σύμφωνα με τους κανόνες αποδοχής που έχει ορίσει. Σε κάθε περίπτωση η ισχύς των ασφαλιστικών καλύψεων, αρχίζει μόνον με την καταβολή ολόκληρου του οφειλόμενου ασφαλίστρου. Ανανέωση της ασφαλιστικής σύμβασης μπορεί να γίνει μόνον μετά την εμπρόθεσμη καταβολή του ασφαλίστρου της επόμενης ασφαλιστικής περιόδου. Η εξόφληση του συνόλου των ασφαλίστρων συνιστά από τον λήπτη ασφάλισης / ασφαλισμένο γνώση και αποδοχή των Γενικών και Ειδικών όρων της ασφαλιστικής σύμβασης και των καλύψεων που περιλαμβάνει αυτή.

Ο υπογράφων λήπτης ασφάλισης, δηλώνω ότι:

- Τα στοιχεία που δήλωσα στην παρούσα αίτηση ασφάλισης είναι αληθή.
- Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων σύμφωνα με τα αναγραφόμενα στην πίσω σελίδα.
- Παρέλαβα τα παρακάτω έντυπα και ενημερώθηκα ότι αυτά είναι αναρτημένα, με ελεύθερη πρόσβαση, στην ιστοσελίδα της Εταιρίας www.intersalonica.gr:
 θ) Το ενημερωτικό έντυπο της Εταιρίας σύμφωνα με τις πληροφορίες του άρθρου 152 του Ν. 4364/2016, και τις πληροφορίες σχετικά με την αμοιβή των υπαλλήλων της Εταιρίας που εργάζονται ως διανομείς σύμφωνα με τα άρθρα 28 και 29 του Ν. 4583/2018,
- Παρέλαβα από τον ασφαλιστικό μου διαμεσολαβητή ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες του άρθρου 152 του Ν. 4364/2016, τις πληροφορίες των άρθρων 28 και 29 του Ν. 4583/2018.
- Αρχική σελίδα: ενημέρωση και υπογραφή συγκατάθεσης για Προσωπικά Δεδομένα

Ο/Η Λήπτης της Ασφάλισης & Δηλών/ -ούσα

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

- Αφού διάβασα με προσοχή τις παραπάνω δηλώσεις μου, βεβαιώνω υπεύθυνα ότι αυτές είναι πλήρεις και αληθινές και δέχομαι να ασφαλισθώ με βάση αυτές τις δηλώσεις. Δέχομαι επίσης να αποτελέσουν τη βάση και τμήμα του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί αν είμαι ασφαλισμένος για το είδος της ασφάλισης, τα ποσά και τις παροχές που ζητούνται με τα κανονικά ασφαλίστρα του Τιμολογίου και τους κανόνες που εφαρμόζει η Εταιρία. Με αυτό το έγγραφο ή φωτοαντίγραφό του εξουσιοδοτώ κάθε Νοσοκομείο, Νοσηλευτικό Ίδρυμα ή Φυσικό Πρόσωπο που μου προσέφερε Ιατρική περίθαλψη, να δώσει σε γιατρό ή σε εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο της INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. Ζωής εγγράφως, κάθε ιατρική πληροφορία που θα ζητήσει αναφορικά με την νοσηλεία ή την περίθαλψή μου, σε σχέση με οποιοδήποτε Ασφαλιστήριο ή Αίτηση για ασφάλιση που υποβλήθηκε στην εν λόγω Ασφαλιστική Εταιρία.
- Η παρούσα πρόταση ασφάλισης υποβάλλεται μετά την ενημέρωση που έλαβα από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή για τις ασφαλιστικές μου ανάγκες και αφού έλαβα υπ' όψιν το «ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ».

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

Με την παρούσα δήλωση, βεβαιώνω ότι παρέλαβα από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή: α) το ενημερωτικό έντυπο πληροφοριών (σύμφωνα με το Ν. 4364/2016 Άρθρο 152 β) έντυπο ενημερωτικό υλικό σχετικά με το αιτούμενο ασφαλιστικό προϊόν. Επίσης ενημερώθηκα ότι όλα τα παραπάνω έντυπα είναι αναρτημένα με ελεύθερη πρόσβαση στην ιστοσελίδα της Εταιρίας www.intersalonica.gr

(Υπογραφή Συνεργάτη)

(Υπογραφή Λήπτη Ασφάλισης)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ

ΤΟΠΟΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / / 20.....

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η εταιρία με την επωνυμία INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ, η οποία ανήκει στον Όμιλο INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ, αποδίδει τη μέγιστη σημασία στην προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για αυτόν τον λόγο δεσμεύεται να καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια, προκειμένου να εξασφαλιστεί ο σεβασμός και η προστασία των δικαιωμάτων των υποκειμένων των δεδομένων. Με την παρούσα, σας ενημερώνουμε για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

1. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

Υπεύθυνος επεξεργασίας είναι η εταιρία με την επωνυμία INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ, η οποία εδρεύει στο 15 χλμ. Θεσσαλονίκης-Περαιάς, ΤΚ 55102, ΑΦΜ 094220868, ΑΡ ΓΕΜΗ 057730304000, ΤΗΛ 2310492100.

2. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η εταιρία με την επωνυμία INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ έχει διορίσει Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων με στοιχεία επικοινωνίας: dpo@intersalonika.gr και τηλ.: 2310492306.

3. ΣΚΟΠΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ

Τα προσωπικά σας δεδομένα υπόκεινται σε επεξεργασία για τους εξής σκοπούς:

- Αξιολόγηση της αίτησής σας και σύναψη του ασφαλιστηρίου συμβολαίου (Αρθ. 6 παρ. 1 στοιχ. β' ΓΚΠΔ)
- Εκπλήρωση των συμβατικών μας υποχρεώσεων (Αρθ. 6 παρ. 1 στοιχ. β' ΓΚΠΔ)
- Συμμόρφωση με νομικές υποχρεώσεις (π.χ. φορολογικές υποχρεώσεις – Άρθ. 6 παρ. 1 στοιχ. γ' ΓΚΠΔ)
- Εξυπηρέτηση έννομων συμφερόντων, π.χ. πρόληψη απάτης, διασφάλιση ποιότητας (Αρθ. 6 παρ. 1 στοιχ. στ' ΓΚΠΔ)

Ειδικές κατηγορίες δεδομένων, όπως δεδομένα υγείας, επεξεργάζονται μόνο με τη ρητή συγκατάθεσή σας (Αρθ. 9 παρ. 2 στοιχ. α' ΓΚΠΔ και άρθρο 22 του ν. 4624/2019). Σύμφωνα με το άρθρο 23 του ν. 4624/2019 δεν προβάινουμε σε επεξεργασία γενετικών δεδομένων για σκοπούς ασφάλισης υγείας και ζωής.

4. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΓΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΥΠΟΚΕΙΝΤΑΙ ΣΕ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

- Για τους σκοπούς της κατάρτισης και εκτέλεσης της ασφαλιστικής σύμβασης, η Εταιρία συλλέγει και επεξεργάζεται τις ακόλουθες κατηγορίες προσωπικών δεδομένων:
- Δεδομένα ταυτοποίησης: ονοματεπώνυμο, φύλο, ημερομηνία και τόπος γέννησης, υπηκοότητα, ΑΦΜ, Π.Α., αριθμός δελτίου ταυτότητας ή διαβατηρίου, Δ.Ο.Υ.
 - Στοιχεία επικοινωνίας: διεύθυνση κατοικίας, πόλη, Τ.Κ., αριθμοί τηλεφώνου, e-mail.
 - Οικονομικά στοιχεία: στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού (IBAN, Τράπεζα), μηνιαίο ατομικό και οικογενειακό εισόδημα.
 - Δεδομένα συμβολαίου: ασφαλιζόμενη ποσά, διάρκεια και είδος κάλυψης, τρόπος πληρωμής, καλύψεις υγείας/ατυχημάτων, στοιχεία δικαιούχων αποζημίωσης.
 - Ιατρικά και βιομετρικά δεδομένα (ειδικές κατηγορίες δεδομένων): ιατρικό ιστορικό (παθήσεις, νοσηλείες, φαρμακευτικές αγωγές, χειρουργεία), οικογενειακό ιατρικό ιστορικό, αποτελέσματα εξετάσεων (πίεση, βάρος, ύψος, εξετάσεις αίματος, ακτινογραφίες, κ.λπ.), στοιχεία για κατανάλωση καπνού/αλκοόλ, εγκυμοσύνη (για γυναίκες), καθώς και στοιχεία αναφορικά με αναβολή στράτευσης για λόγους υγείας.
 - Λοιπά στοιχεία: επάγγελμα, χρόνια προϋπηρεσίας, αριθμός ταξιδιών ετησίως, ύπαρξη άλλων ασφαλιστηρίων, ύπαρξη πολιτικά εκτεθειμένης ιδιότητας (ΠΕΠ), γονική μέριμνα για ανήλικους, κ.ά.
- Επιπλέον, συλλέγονται τα δεδομένα πιστωτικών καρτών για όσους παρέχουν πάγια εντολή πληρωμής. Η παροχή των παραπάνω δεδομένων είναι αναγκαία για την αξιολόγηση του ασφαλιστικού κινδύνου και τη σύναψη/εκτέλεση της σύμβασης. Σε περίπτωση μη παροχής των απαραίτητων δεδομένων, δεν θα είναι δυνατή η σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης.

ΔΗΛΩΣΗ ΡΗΤΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ο/Η υπογράφων/-ούσα , με Α.Φ.Μ. και Α.Δ.Τ./Διαβατήριο , δηλώνω ότι ενημερώθηκα για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην εταιρία **INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ**, ως Υπεύθυνο Επεξεργασίας, για την επεξεργασία των δεδομένων υγείας μου που περιλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση ασφάλισης ή θα συλλεγούν νομίμως στο πλαίσιο της αξιολόγησης, σύναψης, διαχείρισης και εκτέλεσης της ασφαλιστικής σύμβασης.

Γνωρίζω ότι η παροχή της συγκατάθεσης αυτής είναι αναγκαία για την αξιολόγηση της αίτησής μου και ότι, σε περίπτωση μη παροχής της, η Εταιρία δεν θα είναι σε θέση να εξετάσει ή να συνάψει τη ζητούμενη ασφαλιστική σύμβαση.

☐ Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου.

Ο/Η Δηλών/-ούσα – Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή

Τόπος / Ημερομηνία / / 20.....

Για τον/τους ανήλικο/ους, που έχουν συμπληρωθεί στην αίτηση ασφάλισης, ο/έχων την γονική μέριμνα:

(Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή)

Συμφωνώ να επικοινωνούν μαζί μου εταιρίες του Ομίλου «INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ» (τηλεφωνικά, sms, email) για την ενημέρωσή μου σχετικά με προϊόντα, υπηρεσίες, προσφορές και λοιπές εμπορικές ενέργειες.

Συμφωνώ: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Ο/Η Δηλών/-ούσα – Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή

Τόπος / Ημερομηνία / / 20.....

ΕΝΔΗ1001-V1.4