

Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής: _____

ΑΦΜ _____

Αρ. Ειδικού Μητρώου _____

ΕΝΟΤΗΤΑ 1 – Προσωπικά στοιχεία

1.1 Αιτητής

(το πρόσωπο που αιτείται να συνάψει το ασφαλιστήριο στο όνομά του/της· σε περίπτωση ομαδικής ασφάλισης είναι ο/η υπάλληλος που αιτείται να συμπεριλάβει στην κάλυψη τον εαυτό του/της και την οικογένειά του/της)

Όνομα(τα): _____ Επίθετο: _____

Ημερ. Γέννησης: _____ Α.Δ.Τ.: _____ Άρρεν: Θήλυ:
(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Επάγγελμα: _____

Α.Φ.Μ.: _____ ΔΟΥ: _____ Ύψος (εκ): _____ Βάρος (κιλά): _____

Εθνικότητα: _____

1.2 Μέλη οικογένειας του Αιτητή που αιτούνται κάλυψη

Όνομα(τα): _____ Επίθετο: _____

Ημερ. Γέννησης: _____ Α.Δ.Τ.: _____ Άρρεν: Θήλυ:
(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Επάγγελμα: _____

Α.Φ.Μ.: _____ ΔΟΥ: _____ Ύψος (εκ): _____ Βάρος (κιλά): _____

Εθνικότητα: _____ Σχέση με τον Αιτητή: _____

Όνομα(τα): _____ Επίθετο: _____

Ημερ. Γέννησης: _____ Α.Δ.Τ.: _____ Άρρεν: Θήλυ:
(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Επάγγελμα: _____

Α.Φ.Μ.: _____ ΔΟΥ: _____ Ύψος (εκ): _____ Βάρος (κιλά): _____

Εθνικότητα: _____ Σχέση με τον Αιτητή: _____

Όνομα(τα): Επίθετο:

Ημερ. Γέννησης: Α.Δ.Τ.: Άρρεν: Θήλυ:
(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Επάγγελμα:

Α.Φ.Μ.: ΔΟΥ: Ύψος (εκ): Βάρος (κιλά):

Εθνικότητα: Σχέση με τον Αιτητή:

Όνομα(τα): Επίθετο:

Ημερ. Γέννησης: Α.Δ.Τ.: Άρρεν: Θήλυ:
(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Επάγγελμα:

Α.Φ.Μ.: ΔΟΥ: Ύψος (εκ): Βάρος (κιλά):

Εθνικότητα: Σχέση με τον Αιτητή:

Όνομα(τα): Επίθετο:

Ημερ. Γέννησης: Α.Δ.Τ.: Άρρεν: Θήλυ:
(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Επάγγελμα:

Α.Φ.Μ.: ΔΟΥ: Ύψος (εκ): Βάρος (κιλά):

Εθνικότητα: Σχέση με τον Αιτητή:

1.3 Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας

Οδός & αριθμός:

Πόλη/χωριό: Νομός: Ταχ. Κώδικας: Χώρα:

1.4 Στοιχεία επικοινωνίας

Κινητό τηλέφωνο: Άλλο τηλέφωνο:

Φαξ: Email:

ΕΝΟΤΗΤΑ 1Α – Δικαιούχοι

Πλήρες όνομα:

Α.Δ.Τ.:

Ποσοστό:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ΕΝΟΤΗΤΑ 2 – Τα στοιχεία της κάλυψής σας:

Αυτή η Ενότητα ΔΕΝ συμπληρώνεται σε περίπτωση ομαδικής ασφάλισης

2.1 Επιλογή σχεδίου

BASIC

COMPLETE

2.2 Συχνότητα & τρόπος πληρωμής

Τα Ασφάλιστρα καταβάλλονται μόνο σε ευρώ.

Ετήσια

Εξαμηνιαία

Τριμηνιαία*

*Η επιλογή αυτή είναι διαθέσιμη μόνο μέσω αυτόματης τραπεζικής εντολής.

Μέσω αυτόματης τραπεζικής εντολής

Μέσω τραπεζικού εμβάσματος

2.3 Επιλογή ημερομηνία έναρξης Ασφαλιστικής Περιόδου

Ημερομηνία που θα εγκρίνουμε την Αίτηση

Άλλη:

(HH/MM/XXX)

Σε καμία περίπτωση η ημερομηνία έναρξης δύναται να είναι πριν την ημερομηνία υποβολής της Αίτησης αυτής ή 30 ημέρες μετά την υπογραφή της.

2.4 Επιλογές ανάληψης ασφαλιστικού κινδύνου

Επιλογή A: Κάλυψη βάσει πλήρους συμπληρωμένης Αίτησης

Επιλογή B: Κάλυψη βάσει μεταφοράς από άλλο ασφαλιστήριο

ΕΝΟΤΗΤΑ 3 – Ερωτηματολόγιο

Παρακαλούμε όπως απαντηθούν οι πιο κάτω ερωτήσεις 3.1 ως 3.28 για όλους τους αιτητές (ο/η Αιτητής και τα μέλη της οικογένειας του/της που αιτούνται κάλυψη):

3.1	Έχετε ποτέ νοσηλευτεί σε νοσηλευτήριο ή είναι αναγκαίο να νοσηλευτείτε;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.2	Έχετε ποτέ υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.3	Λαμβάνετε ή λαμβάνετε ποτέ φαρμακευτική ή άλλη αγωγή για μεγάλη χρονική περίοδο (πέραν των 14 ημερών);	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.4	Έχετε ποτέ υποβληθεί σε ακτινογραφία, ηλεκτροκαρδιογράφημα, δοκιμασία κόπωσης, υπερηχογράφημα, μαγνητική ή αξονική τομογραφία, μαστογραφία, pap test, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, εξετάσεις αίματος ή ούρων, ή άλλες εξετάσεις που έγιναν εξαιτίας κάποιων ενοχλήσεων ή προληπτικά και υπήρξαν ευρήματα που απαιτούσαν ή απαιτούν ιατρική συμβουλή ή θεραπεία ή περαιτέρω έλεγχο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.5	Έχετε ποτέ απαλλαγεί από τον στρατό για λόγους υγείας;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.6	Είστε έγκυος;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.7	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση καρδιαγγειακού ή κυκλοφοριακού συστήματος όπως π.χ. στεφανιαία νόσο, στηθάγχη, έμφραγμα, υπέρταση, αρρυθμία, πόνοι στο στήθος, συγγενή καρδιοπάθεια, μυοκαρδιοπάθεια, πάθηση βαλβίδων, φύσημα, πάθηση αρτηριών ή φλεβών (θρόμβωση, απόφραξη, κίρσοι, οιδήματα), ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.8	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση αναπνευστικού συστήματος όπως π.χ. βρογχικό άσθμα, αποφρακτική πνευμονοπάθεια, φυματίωση, βρογχίτιδα, πνευμονία, πνευμοθώρακας, πλευρίτιδα, αμυγδαλές, αδenoειδείς εκβλαστήσεις (κρεατάκια), ρινικό διάφραγμα, αναπνευστική δυσχέρεια, δύσπνοια, υπνική άπνοια, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.9	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση χοληφόρων, γαστρεντερικού ή πεπτικού συστήματος όπως π.χ. γαστρίτιδα, παθήσεις στομάχου ή δωδεκαδάκτυλου, παθήσεις ήπατος, σπλήνας ή παγκρέατος, παγκρεατίτιδα, χολοκυστοπάθεια, ηπατίτιδα, πέτρα στη χοληδόχο κύστη, νόσο του Crohn, διάρροιες, παθήσεις εντέρου, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.10	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση ουροποιογεννητικού συστήματος όπως π.χ. ουρολοίμωξη, πυελονεφρίτιδα, κωλικού νεφρού, πέτρα στα νεφρά, στους ουρητήρες ή στην κύστη, νεφρίτιδα, νεφρική ανεπάρκεια, αίμα, λεύκωμα ή σάκχαρο στα ούρα, παθήσεις προστάτη, κρυφορχία, τραχηλίτιδες, ενδομητρίωση, αφροδίσια νοσήματα, παθήσεις μήτρας, σαλπίνγγων, ωοθηκών ή μαστών, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.11	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση νευρικού συστήματος ή εγκεφάλου ή ψυχική πάθηση όπως συχνοί πονοκέφαλοι, ημικρανίες ή ίλιγγοι, απώλεια αισθήσεων, σπασμοί, επιληψία, νεύρωση, παράλυση, σκλήρυνση κατά πλάκας, ψυχωσική συνδρομή, κατάθλιψη, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.12	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση μυοσκελετικού συστήματος όπως π.χ. δισκοπάθεια, οσφυοισχιαλγία, αυχενάλγία ή άλλη πάθηση της σπονδυλικής στήλης, πάθηση ή κάκωση αρθρώσεων, κάταγμα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, ρευματική πάθηση, αρθροπάθεια, μυοπάθεια, αγκυλοποιητική σπονδυλαρθροπάθεια, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

3.13	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση του ενδοκρινολογικού συστήματος ή μεταβολικό νόσο όπως π.χ. πάθηση θυροειδούς, ουρική αρθρίτιδα, σακχαρώδη διαβήτη, ορμονικές διαταραχές, διαταραχές κύκλου, υπερχολιστεριναιμία, πάθηση υπόφυσης ή άλλων αδένων, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.14	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση αίματος όπως π.χ. αναιμία, λευχαιμία, πάθηση λεμφαδένων αίματος, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.15	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση ματιών, αυτιών, μύτης ή λαιμού;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.16	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση δέρματος, αλλεργία, ψωρίαση ή σπίλους;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.17	Έχετε ή είχατε ποτέ βουβωνοκήλη, ομφαλοκήλη ή άλλη κήλη;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.18	Έχετε ή είχατε ποτέ όγκο (καλοήθης ή κακοήθης) οποιασδήποτε μορφής;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.19	Έχετε μήπως γεννηθεί πρόωρα ή με κάποια πάθηση;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.20	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε άλλη πάθηση, ασθένεια, πρόβλημα υγείας ή ενόχληση που δεν αναφέρεται πιο πάνω;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.21	Έχετε κάνει ποτέ χρήση αναβολικών, ναρκωτικών ή άλλων παραισθησιογόνων ουσιών;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.22	Καπνίζετε συχνά (περισσότερο από 6 τσιγάρα την ημέρα);	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.23	Καταναλώνετε αλκοόλ συχνά (περισσότερο από: 2 ποτήρια κρασί ή 2 μπύρες ή 30 χιλιοστόλιτρα άλλων οινοπνευματωδών ποτών, την ημέρα);	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.24	Συμμετέχετε ή προπονείστε σε αθλήματα ή ασχολείστε με επικίνδυνες δραστηριότητες;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.25	Έχετε άλλο ασφαλιστήριο προσωπικών ατυχημάτων ή υγείας σε ισχύ;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.26	Σας έχει ποτέ οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία απορρίψει ή εγκρίνει με ειδικούς όρους αίτηση ή πρόταση ασφάλισης ζωής, προσωπικών ατυχημάτων ή υγείας;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.27	Σας έχει ποτέ οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία ακυρώσει, ανανεώσει με ειδικούς όρους ή αρνηθεί να ανανεώσει ασφαλιστήριο προσωπικών ατυχημάτων ή υγείας;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.28	Έχετε ποτέ υποβάλει αίτηση σε ασφαλιστήριο ζωής, προσωπικών ατυχημάτων ή υγείας;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

Αν έχετε απαντήσει «Ναι» σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις 3.1 3.28, παρακαλούμε προσδιορίστε κάθε αιτητή για τον οποίο εφαρμόζεται η απάντηση και δώστε στοιχεία όπως: λεπτομέρειες για την πάθηση και την σημερινή ιατρική κατάσταση, στοιχεία του θεράποντος γιατρού, νοσηλευτηρίου και εμπλεκόμενων φορέων παροχής ιατρικής περίθαλψης, τη διάγνωση, τις ημερομηνίες και τύπο θεραπείας κλπ. Μπορείτε να επισυνάψετε πρόσθετες σελίδες αν είναι απαραίτητο.

ΕΝΟΤΗΤΑ 4 – Μεταφορά από άλλο ασφαλιστήριο

Αυτή η Ενότητα συμπληρώνεται ΜΟΝΟ σε περίπτωση κάλυψης βάσει μεταφοράς από άλλο ασφαλιστήριο

Υπεύθυνη Δήλωση

Εγώ ο/η _____ επιβεβαιώνω ότι το ασφαλιστήριο υγείας / νοσηλείας / ιατροφαρμακευτικών εξόδων αριθμός: _____ βρίσκεται σε ισχύ με την ασφαλιστική εταιρεία _____, και αναγνωρίζω ότι οι όροι του ασφαλιστηρίου «Πλάνο Υγείας» διαφέρουν από το υφιστάμενό μου ασφαλιστήριο. Νοείται ότι οποιαδήποτε περίοδος αναμονής προνοείται από τους όρους του ασφαλιστηρίου «Πλάνο Υγείας» δεν θα τυχάνει εφαρμογής και σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστέου κινδύνου θα υποβάλλω ταυτόχρονα απαίτηση και σε οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστήριο διατηρώ σε ισχύ.

Ο Αιτητής:

Ημερομηνία:

(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

ΕΝΟΤΗΤΑ 5 – Δήλωση

Δηλώνω ότι οτιδήποτε αναφέρω στην Αίτηση αυτή είναι απόλυτα αληθές και ότι δεν έχω αποκρύψει ή παραποιήσει οποιοδήποτε γεγονός ή πληροφορία και δεν έχω προβεί σε οποιαδήποτε ανακριβή δήλωση. Συμφωνώ ότι η Αίτηση με τη Δήλωση αυτή με δεσμεύει και ότι θα αποτελεί τη βάση του Ασφαλιστηρίου μεταξύ της Ασφαλιστικής Εταιρείας και εμένα και ότι η Αίτηση θα θεωρείται ότι ενσωματώνεται στο Ασφαλιστήριο, εφόσον αυτό εκδοθεί.

Δηλώνω, επίσης, ότι έχω λάβει γνώση και αποδέχομαι ότι η ευθύνη της Ασφαλιστικής Εταιρείας ξεκινά μετά τη γραπτή αποδοχή της Αίτησης αυτής.

Περαιτέρω δηλώνω ότι έχω λάβει όλη τη σχετική προσυμβατική ενημέρωση και πληροφόρηση σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις του Νόμου.

Ο Αιτητής:

Ημερομηνία:

(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων

Εμείς, η Ασφαλιστική Εταιρεία **HDI Global Speciality SE** που εδρεύει στο HDI-Platz1, 30659 Αννόβερο, Γερμανία δεσμευόμαστε να προστατεύσουμε την ιδιωτικότητά σας σύμφωνα με το κοινοτικό και εθνικό νομικό πλαίσιο που διέπει την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Σκοπός της επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων είναι η αξιολόγηση του κινδύνου προς ασφάλιση, η εκτέλεση της σύμβασης και -ενδεχομένως- η ανάλυση στατιστικών στοιχείων σε σχέση με την ασφάλιση. Η επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων είναι προϋπόθεση για τη σύναψη και την εκτέλεση του ασφαλιστηρίου σας.

Αποδέκτες των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα είναι:

- Ο αποκλειστικός ασφαλιστικός διανομέας: Mega Brokers SA.
- Ο αντιπρόσωπος μας: A.K. Demetriou Insurance Agents, Sub-agents & Consultants Ltd.
- Η υπηρεσία παροχής υπηρεσιών εξυπηρέτησης πελατών και χειρισμού απαιτήσεων: HealthWatch SA.
- Δημόσιες αρχές ή τρίτοι-συνεργάτες μας όπως δικηγόροι, ερευνητές κλπ.

Διατηρούμε τα δεδομένα για όσο διάστημα βρίσκεται σε ισχύ το ασφαλιστήριό σας. Σε περίπτωση ακύρωσης ή μη σύναψης ασφαλιστηρίου τα διατηρούμε για 5 έτη, εκτός αν συντρέχει σοβαρός λόγος να μην το πράξουμε.

Έχετε δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα σας καθώς επίσης το δικαίωμα να μας ζητήσετε να διορθώσουμε, διαγράψουμε ή/και να περιορίσουμε τη χρήση τους. Έχετε επίσης δικαίωμα να αποσύρετε τη Συγκατάθεση αυτή. Για να ασκήσετε οποιοδήποτε από τα δικαιώματά σας ή για να λύσετε οποιαδήποτε απορία σε σχέση με τη χρήση των προσωπικών σας δεδομένων, παρακαλούμε επικοινωνήστε μαζί μας στο contact@hdi-speciality.com.

Πληροφορίες για τη πολιτική προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της Εταιρείας μας θα βρείτε εδώ: www.hdi-specialty.com/int/en/legals/privacy

Δήλωση συγκατάθεσης για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Δίνω τη ρητή μου συγκατάθεση για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων στη **HDI Global Speciality SE** για τους σκοπούς που αναφέρονται πιο πάνω:

Πλήρες όνομα αιτητή:

Α.Δ.Τ.:

Υπογραφή
