

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (Πρόγραμμα Καθολικής συμμετοχής)

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις

ΑΡ. ΑΙΤΗΣΗΣ: _____

ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: _____

ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Επωνυμία: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Πατρώνυμο: _____ Ημερ. Γέννησης: _____

ΑΔΤ/Διαβατήριο: _____ ΑΦΜ: _____ ΑΜΚΑ: _____

Δ/νση Αλληλογραφίας: _____ Πόλη: _____ ΤΚ: _____

e-mail: _____ Τηλ: _____ Κινητό: _____

Ημ/νία πρόσληψης: _____ Μισθός (Εφόσον απαιτείται): _____ Ημ/νία Έναρξης Ασφάλισης: _____

ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Ορίζω ως δικαιούχους μου με βάση τους όρους του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, τους:

| A/A | Ονοματεπώνυμο | Συγγένεια | Ποσοστό |
|-----|---------------|-----------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Διατηρώ το δικαίωμα αλλαγής των παραπάνω αναφερομένων δικαιούχων, με έγγραφη ενυπόγραφη εντολή μου, σύμφωνα με τους όρους του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου

ΚΑΛΥΨΗ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

Αν προβλέπεται η κάλυψη τους από το πρόγραμμα Παροχών αναγράψτε τα εξαρτώμενα μέλη σας, δηλ. το/τη σύζυγο και τα άγαμα τέκνα ηλικίας από 14 ημερών μέχρι ηλικίας 25 ετών, και εφόσον σπουδάζουν σε Ανώτερο ή Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα της Ελλάδος ή του εξωτερικού μπορεί να παραταθεί η κάλυψη μέχρι την συμπλήρωση της ηλικίας των 30 ετών εφόσον συνεχίζουν να σπουδάζουν ή είναι άνεργα

| A/A | Ονοματεπώνυμο | Συγγένεια | Ημ/νία Γέννησης |
|-----|---------------|-----------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

| | Ασφ/νος | | Σύζυγος | | Τέκνα | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ύψος | | | | | | |
| Βάρος | | | | | | |
| | Ναι | Όχι | Ναι | Όχι | Ναι | Όχι |
| Έχετε υποστεί ποτέ σωματική βλάβη από Ατύχημα ή έχετε νοσήσει από Ασθένεια (όποια κι αν είναι αυτή); | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ακολουθείτε ή είχατε ποτέ ακολουθήσει κάποια ιατρική, φαρμακευτική ή θεραπευτική αγωγή; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Έχετε νοσηλευτεί ποτέ για οποιαδήποτε αιτία; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Για τις ερωτήσεις που απαντήσατε «ναι» παρακαλούμε να αναφέρετε λεπτομέρειες: _____

Δηλώνω υπεύθυνα την αλήθεια των παραπάνω απαντήσεων και αποδέχομαι ότι αποτελούν τη βάση για τη συμμετοχή, τόσο τη δική μου όσο και των εξαρτώμενων μελών μου, στο Πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης που έχει συνάψει ο Λήπτης της ασφάλισης με την Allianz Ευρωπαϊκή Πίστη Μ.Α.Α.Ε.. Δηλώνω ότι έχω λάβει την έγγραφη συγκατάθεση των φυσικών προσώπων, τα προσωπικά δεδομένα των οποίων ενδέχεται να αναφέρονται στην παρούσα αίτηση. Δηλώνω επίσης ότι αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω την Ασφαλιστική Εταιρία για οποιαδήποτε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας μου και της υγείας των εξαρτώμενων μελών μου, η οποία τυχόν συμβεί στο διάστημα από τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης μέχρι την ημερομηνία της οριστικής υπαγωγής μου στην ομαδική ασφάλιση. Δηλώνω τέλος ότι αποδέχομαι τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους της αναφερόμενης Ασφαλιστικής Σύμβασης.

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

1. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ & ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Αφού παρέλαβα από την Ασφαλιστική Εταιρία και ανέγνωσα το έντυπο «Ενημέρωση Φυσικών Προσώπων για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα», δίνω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων καθώς και των Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, προκειμένου να εκπληρωθεί ο σκοπός και η λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης.

Ο Ασφαλισμένος

2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Για την αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλισή μου, παρακαλώ όπως χρησιμοποιείτε:

- Την ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.
- Την ταχυδρομική διεύθυνση που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.

Ο Ασφαλισμένος

3. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΕΣ

Δίνω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων, προκειμένου να λαμβάνω ενημερώσεις για προϊόντα, υπηρεσίες ή/και έρευνες, κατά τη διάρκεια της ασφάλισής μου και έως 36 μήνες μετά τη λήξη της μέσω:

| | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| Ηλεκτρονικής διεύθυνσης (e-mail) | Ναι | Όχι |
| Γραπτού μηνύματος (SMS/Viber) | Ναι | Όχι |
| Τηλεφωνικής επικοινωνίας | Ναι | Όχι |

Ο Ασφαλισμένος

Έχετε τη δυνατότητα να τροποποιείτε ή/και να ανακαλείτε οποτεδήποτε εγγράφως ή μέσω του Τμήματος Εξυπηρέτησης Πελατών (τηλ. 210 8119670, email helpcustomer@europisti.gr), τη συγκατάθεσή σας για την επιλογή του τρόπου επικοινωνίας και λήψης ενημερώσεων για προϊόντα, υπηρεσίες ή/και για έρευνες.

Τόπος / Ημερομηνία

Ο Λήπτης της Ασφάλισης

Ο Ασφαλισμένος