

Παρακαλούμε να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις της αίτησης
[ΣΥΝΟΛΟ ΣΕΛΙΔΩΝ: 4]

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης		
Επώνυμο	Όνομα	
Πατρώνυμο	A.Δ.Τ.	Διαβατήριο
A.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.	
Ημερομηνία Γέννησης	Υπηκοότητα	
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό	
Κύριο Επάγγελμα	E-mail	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	T.K.	Πόλη
Σχέση με τον κυρίως Ασφαλιζόμενο		

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζόμενου		
Επώνυμο	Όνομα	
Πατρώνυμο	A.Δ.Τ.	Διαβατήριο
A.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.	
Ημερομηνία Γέννησης	Υπηκοότητα	
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό	
Κύριο Επάγγελμα	E-mail	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	T.K.	Πόλη
ΑΜΚΑ	Ταμείο Ασφάλισης	Βιβλιάριο Ασθενείας ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
		Ύψος/Βάρος

Διάρκεια Ασφάλισης & Τρόπος Πληρωμής	
Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης
Τρόπος Πληρωμής	ΕΛΑ
Εφάπαξ <input type="checkbox"/>	6μηνο <input type="checkbox"/>
	3μηνο <input type="checkbox"/>

Δικαιούχοι (σε περίπτωση Απώλειας Ζωής & σχέση με τον κυρίως ασφαλιζόμενο)	
Οι νόμιμοι κληρονόμοι <input type="checkbox"/>	Άλλοι Δικαιούχοι <input type="checkbox"/>
Όνοματεπώνυμο	Σχέση με τον κυρίως ασφαλιζόμενο
Όνοματεπώνυμο	Σχέση με τον κυρίως ασφαλιζόμενο
Όνοματεπώνυμο	Σχέση με τον κυρίως ασφαλιζόμενο

Εξαρτώμενα Μέλη

	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΠΑΙΔΙΑ		
		1° μέλος	2° μέλος	3° μέλος
Επώνυμο				
Όνομα				
Πατρώνυμο				
Ημερομηνία Γέννησης				
Επάγγελμα				
Α.Φ.Μ.				
Δ.Ο.Υ.				
Ύψος / Βάρος				
Ταμείο Ασφάλισης				
ΑΜΚΑ				
Βιβλιάριο Ασθενείας	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

Ασφαλιστικές Καλύψεις

ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ		ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ		
		Ασφαλιζόμενος	Σύζυγος	Παιδιά
<input type="checkbox"/>	Θάνατος, Μόνιμη Ολική & Μερική Ανικανότητα από Ατύχημα			
<input type="checkbox"/>	ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΈΞΟΔΑ από Ατύχημα			
<input type="checkbox"/>	Νοσοκομειακό Επίδομα Περιθαλψης από Ατύχημα			
<input type="checkbox"/>	Πρόσκαιρη Ολική Ανικανότητα από Ατύχημα, ημερησίως Αποζημίωση από: ημέρα			
<input type="checkbox"/>	Απώλεια Εισοδήματος από Ασθένεια, μηνιαίως Αποζημίωση από ημέρα στο νοσοκομείο και από στο σπίτι			
<input type="checkbox"/>	Νοσοκομειακό Επίδομα Περιθαλψης & Ανάρρωσης από Ατύχημα & Ασθένεια Σχέδιο			
<input type="checkbox"/>	Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από Ασθένεια			
<input type="checkbox"/>	Επίδομα Σοβαρών Ασθενειών Σχέδιο			
<input type="checkbox"/>	Χειρουργικό Επίδομα Σχέδιο			
<input type="checkbox"/>	Απαλλαγή Πληρωμής Ασφαλιστρων			
<input type="checkbox"/>	Εξωνοσοκομειακή Περιθαλψη Σχέδιο			
<input type="checkbox"/>	ΥΓΕΙΑ Maximum Σχέδιο Θέση Νοσηλείας: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	HOSPITAL Protection			
<input type="checkbox"/>	Προστασία PERSONAL Σχέδιο			
<input type="checkbox"/>	Προστασία FAMILY Σχέδιο			
<input type="checkbox"/>	BONUS x5 Σχέδιο			
<input type="checkbox"/>	Εγγυημένη ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ Σχέδιο			
<input type="checkbox"/>	LIFE Care			
<input type="checkbox"/>	IMMIGRANTS Care Πρόγραμμα Ασφάλισης Αλλοδαπών			
<input type="checkbox"/>	ERASMUS			

Δηλώσεις - Εξουσιοδοτήσεις - Συγκαταθέσεις

Οι υπογράφοντες, με την ιδιότητα του ασφαλισμένου, ή ως ασκούντες τη γονική μέριμνα του ανήλικου τέκνου εξαρτώμενου και ασφαλισμένου μέλους γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε εμάς περιστατικών που είναι ουσιώδη για τη σύναψη αυτής της ασφάλισης, δηλώνουμε ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα αίτηση και αφορούν στα πρόσωπά μας, καθώς και στην υγεία των υποψηφίων για ασφάλιση είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιεσδήποτε παραλείψεις και μεταβολές. Αποδεχόμαστε δε ότι θα αποτελέσουν τη βάση για το υπό έκδοση Ασφαλιστήριο και την αντιμετώπιση της ασφαλιστικής περίπτωσης. Λάβουμε επίσης γνώση του δικαιώματος της Εταιρίας να αρνηθεί την αίτησή για ασφάλιση ή να την κάνει αποδεκτή με όρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται, χωρίς την υποχρέωση να δικαιολογήσει την απόφασή της.

1. Λάβουμε γνώση των Γενικών και Ειδικών Όρων ασφάλισης, τους οποίους αναγνώσαμε και αποδεχόμαστε ρητά και ανεπιφύλακτα και των σχετικών δηλώσεων εναντίωσης και υπαναχώρησης
2. Παραλάβαμε το ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 150 του Ν. 4364/2016 όπως αυτό ισχύει.

3. Εξουσιοδότηση χρήσης ΑΜΚΑ

Εξουσιοδοτούμε κάθε συνεργαζόμενο με την Εταιρία Ιατρό, ενεργώντας για λογαριασμό μας, όπως έχει πρόσβαση στα ειδικής κατηγορίας προσωπικά δεδομένα υγείας μας και στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ και σε αντίστοιχες δημόσιες υπηρεσίες χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της χώρας καταγωγής μας και να χρησιμοποιεί τον/τους αναφερόμενους ως άνω ΑΜΚΑ και να τα γνωστοποιήσει στην INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α. ώστε να επεξεργαστεί τα ιατρικά δεδομένα που θα προκύψουν, στα οποία θα έχει πρόσβαση μόνον ειδικά εξουσιοδοτημένο προσωπικό της Εταιρίας, και τα οποία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για την εκτίμηση του ασφαλιστικού κινδύνου/ ασφαλιστικής κάλυψης που συνδέεται με την παρούσα αίτηση ασφάλισης.

<p>Κυρίως Ασφαλιζόμενος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Σύζυγος ως εξαρτώμενο μέλος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση μέλους</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Ενήλικα Εξαρτώμενα Μέλη</p> <p>(υπογραφή) (υπογραφή) (υπογραφή)</p>
---	--	---

4. Εξουσιοδότηση χρήσης Ιατρικών Δεδομένων

Αποδεχόμαστε, συναινούμε και χορηγούμε ανέκκλητη ειδική εντολή και πληρεξουσιότητα η οποία ισχύει και στην περίπτωση θανάτου και για όσο διάστημα το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο ισχύει και μέχρι την παραγραφή οποιασδήποτε αξίωσης από την σύμβαση, στην INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α., να αναζητεί και να λαμβάνει κάθε πληροφορία ή αρχείο (π.χ. εξετάσεις, γνωματεύσεις, ιστορικό) από τους ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που περιέβαλαν εμένα / το ανήλικο τέκνο εξαρτώμενο ασφαλισμένο μέλος και να διενεργεί κάθε αναγκαία έρευνα για την αναφερόμενη στην παρούσα, ασφαλιστική περίπτωση, δηλώνουμε δε, ότι αποδεχόμαστε, συναινούμε και παρέχουμε με την παρούσα, την ειδική εντολή στους ιατρούς αυτούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα να χορηγούν γραπτά ή προφορικά στοιχεία που θα ζητήσει η Εταιρία και αφορούν σε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα δικά μας ή των ανηλίκων εξαρτώμενων μελών σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου που αναφέρεται στην παρούσα.

<p>Κυρίως Ασφαλιζόμενος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Σύζυγος ως εξαρτώμενο μέλος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση μέλους</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Ενήλικα Εξαρτώμενα Μέλη</p> <p>(υπογραφή) (υπογραφή) (υπογραφή)</p>
---	--	---

5. Ενημέρωση σχετικά με ασφάλιση μέσω SMS, E-mail

Αποδέχομαι την ενημέρωση και αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλισή (π.χ. Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, Ανανέωση, Είδοποίηση Πληρωμής κ.λπ.) μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης (e-mail), ή/ και μέσω γραπτού μηνύματος sms στο κινητό τηλέφωνο.

6. Ενημέρωση για διαφημιστικούς, εμπορικούς σκοπούς

Αποδέχομαι να λαμβάνω ενημερώσεις για διαφημιστικούς, εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς και σκοπούς προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών με αυτοματοποιημένα μέσα π.χ. μέσω e-mail, SMS, μέσων κοινωνικής δικτύωσης ή τηλεφωνικά κατά τη διάρκεια της ασφάλισής και έως 5 έτη μετά τη λήξη της και τη δυνατότητα να τροποποιώ ή/και να ανακαλώ οποτεδήποτε εγγράφως, τη συγκατάθεσή μου για την επιλογή του τρόπου επικοινωνίας και λήψης ενημερώσεων για διαφημιστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς (αποστολή email στο dro@interlife.gr ή τηλεφωνικά στο 2310499000).

<p>Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης</p> <p>Συμναινώ <input type="checkbox"/></p> <p>Δεν συμναινώ <input type="checkbox"/></p> <p>(check & υπογραφή)</p>	<p>Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης</p> <p>Συμναινώ <input type="checkbox"/></p> <p>Δεν συμναινώ <input type="checkbox"/></p> <p>(check & υπογραφή)</p>
--	--

7. Ενημέρωση σχετικά με Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων

Παραλάβαμε, αναγνώσαμε και ενημερωθήκαμε από το «Έντυπο Ενημέρωσης για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα δικά μας/ του ανήλικου τέκνου μας που περιλαμβάνονται στη σύμβαση καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της Εταιρίας και έχουν σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης και για τα δικαιώματα που έχουμε και διατηρούμε ως υποκείμενα των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας, εναντίωσης στην επεξεργασία αυτών, το δικαίωμα εξασφάλισης ανθρώπινης παρέμβασης σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες) και την άσκησή τους με την αποστολή email στην ηλεκτρονική διεύθυνση dro@interlife.gr και αναγνωρίζουμε ότι είναι απολύτως αναγκαία για τον σκοπό και την λειτουργία της σύμβασης ασφάλισης, προκειμένου να αξιολογηθεί ο ασφαλιστικός κίνδυνος, να υπολογισθεί σωστά το ασφάλιστρο και να εκπληρωθεί ο σκοπός και η λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης. Γνωρίζουμε ότι άρνηση ή ανάκληση της σχετικής συναίνεσης επεξεργασίας ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ, δίνει το δικαίωμα στην Εταιρία να καταγγείλει ή να μην δεχτεί τη σύμβαση. Για τους λόγους αυτούς παρέχουμε τη ρητή συγκατάθεσή μας στην Εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μας.

<p>Κυρίως Ασφαλιζόμενος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Σύζυγος ως εξαρτώμενο μέλος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση μέλους</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Ενήλικα Εξαρτώμενα Μέλη</p> <p>(υπογραφή) (υπογραφή) (υπογραφή)</p>
---	--	---

<p>Συμβαλλόμενος</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Κυρίως Ασφαλιζόμενος</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Συνεργάτης</p> <p>(υπογραφή)</p>
---	--	--

Τόπος

Ημερομηνία