

Διεθνές Σχέδιο Υγείας MultiCare

Αίτηση συμμετοχής

Παρακαλούμε συμπληρώστε το έντυπο αυτό με Κεφαλαίους Χαρακτήρες και σημειώνοντας τα αντίστοιχα πλαίσια. Είναι σημαντικό να παρέχετε τα παρακάτω στοιχεία προκειμένου να αξιολογήσουμε κατάλληλα την αίτησή σας. Ως εκ τούτου, εάν δεν απαντήσετε στις ερωτήσεις, θα θεωρήσουμε ότι δεν έχετε τίποτα να δηλώσετε. **Η αίτηση αυτή θα πρέπει να συμπληρωθεί από εσάς με τον προσωπικό σας γραφικό χαρακτήρα. Αν χρειαστεί να κάνετε κάποια διόρθωση, παρακαλούμε όπως την μονογράψετε.**

Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή
Όνοματεπώνυμο ολογράφως
Κωδικός Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή
Για σκοπούς παραγωγής, συστήθηκε από

1. Προσωπικά στοιχεία κυρίως ασφαλιζομένου (Κάτοχος ασφαλιστηρίου) (Παρακαλούμε όπως μας κρατάτε ενήμερους για οποιαδήποτε αλλαγή διεύθυνσης)

Τίτλος	Επίθετο	Πλήρες Όνομα
Μόνιμη διεύθυνση κατοικίας		
Διεύθυνση αλληλογραφίας (Δηλώστε διεύθυνση αλληλογραφίας μόνο εάν επιθυμείτε να παραλαμβάνετε την αλληλογραφία σας σε άλλη διεύθυνση από αυτή της μόνιμης κατοικίας)		
Δηλώστε εάν επιθυμείτε η Διεύθυνση Αλληλογραφίας να εφαρμοστεί για όλα τα ασφαλιστήρια που έχετε με την Εταιρεία μας ή μόνο σε αυτό το ασφαλιστήριο. Για όλα τα Ασφαλιστήρια <input type="checkbox"/> Μόνο για αυτό το Ασφαλιστήριο <input type="checkbox"/>		
Ημερομηνία γεννησης	Αριθμός ταυτότητας/Διαβατηρίου	Χώρα Γέννησης
<input type="text" value="H"/> <input type="text" value="H"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text" value="E"/>		
Αριθμός τηλεφώνου	Αριθμός κινητού τηλεφώνου	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	Επάγγελμα	
Επωνυμία εταιρείας/εργοδότη (σε περίπτωση ομαδικού σχεδίου)	Υπηκοότητα	
Χώρα όπου διαμένετε πέραν των 180 ημερών ανά έτος	Γλώσσα Αλληλογραφίας Ελληνικά <input type="checkbox"/> Αγγλικά <input type="checkbox"/>	Παρακαλούμε αναγράψετε το ονοματεπώνυμό σας στα Αγγλικά

2. Το Σχέδιο της επιλογής σας

Η κάλυψη θα αρχίσει από την ημερομηνία που εμφανίζεται στην Κατάσταση Συμμετοχής σας, νοουμένου ότι η αίτηση συμμετοχής σας έχει παραληφθεί και έγινε αποδεκτή από εμάς. Επιλέξτε το είδος του σχεδίου, το επίπεδο κάλυψης και την ζώνη που θέλετε και σημειώστε τα αντίστοιχα πλαίσια.

Σχέδιο	Elite <input type="checkbox"/> Premiere <input type="checkbox"/> Value Plus <input type="checkbox"/> *SmartStart <input type="checkbox"/> *Student Care <input type="checkbox"/> *(δεν διατίθεται για εταιρείες)
Επίπεδο Κάλυψης	Βασική <input type="checkbox"/> (Η επιλογή της Βασικής κάλυψης δεν προσφέρεται στο SmartStart) Ευρεία <input type="checkbox"/> (Το σχέδιο Elite προσφέρεται αποκλειστικά με Ευρεία Κάλυψη)
Προαιρετικό αφαιρετέο ποσό Διαθέσιμο στην Βασική Κάλυψη στα σχέδια Premiere και Value Plus μόνο	Κανένα <input type="checkbox"/> €1.000 <input type="checkbox"/> €2.500 <input type="checkbox"/> €5.000 <input type="checkbox"/>
Ζώνη	1: Παγκόσμια <input type="checkbox"/> 2: Παγκόσμια εξαιρουμένων των Η.Π.Α., Καναδά και Ελβετίας <input type="checkbox"/>
Προαιρετικό Πακέτο Ωφελημάτων	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Είναι διαθέσιμο μόνο αν έχετε επιλέξει το σχέδιο Premiere με επίπεδο κάλυψης Ευρεία
Πρόσθετο Εξωνοσοκομειακό Πακέτο	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Είναι διαθέσιμο μόνο αν έχετε επιλέξει το σχέδιο Premiere ή Value Plus με επίπεδο κάλυψης Βασική
Student Care Επιθυμώ να πληρώνω:	Χωρίς αφαιρετέο <input type="checkbox"/> €85 Αφαιρετέο <input type="checkbox"/> €170 Αφαιρετέο <input type="checkbox"/> (Αφαιρετέο ποσό ανά έτος. Επιλέξτε ένα πλαίσιο μόνο)

3. Οποιοσδήποτε υφιστάμενος ή προηγούμενος αριθμός συμμετοχής

Αν υπήρξατε ποτέ μέλος ή είχατε κάνει αίτηση για να γίνετε μέλος κάποιου σχεδίου της Universal Life ή AXA Health / AXA PPP healthcare, θα πρέπει να το δηλώσετε.

Universal Life <input type="checkbox"/>	AXA Health / AXA PPP healthcare <input type="checkbox"/>	Αριθμός
---	--	---------

4. Πληρωμή του Ασφαλιστήριού σας

Συχνότητα και τρόπος πληρωμής (δεν ισχύει για μέλη ομαδικού σχεδίου) - ο αριθμός συμβολαίου για τραπεζικές μεταφορές πρέπει να αναφέρεται πάντα. Παρακαλούμε επιλέξτε ότι εφαρμόζεται.

Ετησίως <input type="checkbox"/>	Μηνιαίως <input type="checkbox"/>	Επιταγή/Τραπεζική επιταγή <input type="checkbox"/> (μόνο για ετήσια πληρωμή)	Αυτόματη Τραπεζική εντολή <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------------	---	--

5. Άλλα μέλη της οικογένειας που προτείνονται για κάλυψη

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα πιο κάτω εκ μέρους όλων των εξαρτώμενων μελών για τους οποίους επιθυμείτε κάλυψη.

Τίτλος	Όνοματεπώνυμο στα Ελληνικά	Όνοματεπώνυμο στα Αγγλικά
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)	Επάγγελμα	Ημερομηνία Γέννησης <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Αρ. Ταυτότητας/ Διαβατηρίου	Μόνιμη Διεύθυνση Κατοικίας	
Υπηκοότητα		
Χώρα Γέννησης	Χώρα όπου διαμένετε πέραν των 180 ημερών ανά έτος	

Τίτλος	Όνοματεπώνυμο στα Ελληνικά	Όνοματεπώνυμο στα Αγγλικά
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)	Επάγγελμα	Ημερομηνία Γέννησης <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Αρ. Ταυτότητας/ Διαβατηρίου	Μόνιμη Διεύθυνση Κατοικίας	
Υπηκοότητα		
Χώρα Γέννησης	Χώρα όπου διαμένετε πέραν των 180 ημερών ανά έτος	

Τίτλος	Όνοματεπώνυμο στα Ελληνικά	Όνοματεπώνυμο στα Αγγλικά
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)	Επάγγελμα	Ημερομηνία Γέννησης <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Αρ. Ταυτότητας/ Διαβατηρίου	Μόνιμη Διεύθυνση Κατοικίας	
Υπηκοότητα		
Χώρα Γέννησης	Χώρα όπου διαμένετε πέραν των 180 ημερών ανά έτος	

Τίτλος	Όνοματεπώνυμο στα Ελληνικά	Όνοματεπώνυμο στα Αγγλικά
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)	Επάγγελμα	Ημερομηνία Γέννησης <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Αρ. Ταυτότητας/ Διαβατηρίου	Μόνιμη Διεύθυνση Κατοικίας	
Υπηκοότητα		
Χώρα Γέννησης	Χώρα όπου διαμένετε πέραν των 180 ημερών ανά έτος	

6. Απόρρητο Ιατρικό Ιστορικό (οι δηλώσεις θα γράφονται ιδιοχείρως πάνω στην αίτηση αυτή. Προφορικές δηλώσεις ΔΕΝ θα γίνονται αποδεκτές)

Παρακαλούμε σημειώστε (i) ΔΕΝ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΚΑΜΙΑ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΕΚΔΗΛΩΘΗΚΕ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ Η ΟΠΟΙΑ ΗΤΑΝ ΔΥΝΑΤΟΝ ΝΑ ΠΡΟΒΛΕΦΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΤΙΓΜΗ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ, εκτός αν αυτή έχει δηλωθεί γραπτώς και έχει γίνει αποδεκτή από την Universal Life. (ii) Αν δεν ενημερωθεί η Universal Life για κάποια ιατρική κατάσταση, ενδέχεται να απορριφθεί σχετική απαίτηση για καταβολή ωφελημάτων ή να τροποποιηθεί ή τερματιστεί η κάλυψη. Αν έχετε αμφιβολίες για οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση, θα πρέπει να τη δηλώσετε.

Παρακαλούμε όπως βεβαιωθείτε ότι αναφέρατε πλήρως όλες τις γνωστές ή πιθανές ιατρικές καταστάσεις και τυχόν συμπτώματα που εκδηλώθηκαν για όλους όσους συμπεριλαμβάνονται στο Μέρος 5 αυτής της αίτησης. Αυτό ισχύει ακόμη και αν το πρόσωπο αυτό, δεν ζήτησε ιατρική συμβουλή ή θεραπεία, και ανεξάρτητα από το εάν έγινε κάποια διάγνωση. Πρέπει να δηλώσετε όλες τις καταστάσεις από τις οποίες τυχόν πάσχατε εσείς ή/και κάποιο μέλος που αναγράφεται στο Μέρος 5, οποιαδήποτε στιγμή της ζωής σας/τους και οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν την μελλοντική σας/τους υγεία. Αν έχετε αμφιβολίες κατά πόσο κάποια κατάσταση θα πρέπει να αναφερθεί στην αίτηση αυτή, θα πρέπει να τη δηλώσετε καλή τη πίστη. Θα θεωρούσαμε οποιαδήποτε τέτοια κατάσταση ως Προϋπάρχουσα.

Μέρος Α Πρέπει να δηλώσετε το ιατρικό σας ιστορικό ή/και το ιατρικό ιστορικό οικογενειακού μέλους ακόμη και αν ήσασταν/ήταν ασφαλισμένοι μαζί μας ή με άλλη εταιρεία στο παρελθόν.

Παρακαλούμε συμπληρώστε το Μέρος Α και Β όσον αφορά εσάς και όλα τα εξαρτώμενα σας.

Απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις, οι οποίες ισχύουν για το κάθε ένα από τα πρόσωπα που αναφέρονται. Απαντήστε την κάθε ερώτηση σημειώνοντας καθαρά ένα από τα αντίστοιχα πλαίσια Ναι/Όχι και συμπληρώνοντας τα στοιχεία όπου απαιτείται.	Αιτών/ούσα	1 ^ο μέλος οικογένειας	2 ^ο μέλος οικογένειας	3 ^ο μέλος οικογένειας	4 ^ο μέλος οικογένειας
	Όνομα	Όνομα	Όνομα	Όνομα	Όνομα
1. Νοσηλευτήκατε σε νοσοκομείο ή κλινική ή είχατε κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα κατά τα τελευταία πέντε χρόνια;	Nai Όχι <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nai Όχι <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nai Όχι <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nai Όχι <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nai Όχι <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Συμβουλευτήκατε ειδικό/ιατρό ή υποβλήθήκατε σε οποιοδήποτε είδους διαγνωστικό έλεγχο υγείας κατά τα τελευταία πέντε χρόνια;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Είχατε αντιληφθεί οποιαδήποτε συμπτώματα χωρίς όμως να συμβουλευτείτε ιατρό;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Συμβουλευτήκατε ιατρό ή/και σας δόθηκαν φάρμακα κατόπιν συνταγής ή άλλη θεραπεία κατά τα τελευταία δύο χρόνια;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Υπάρχει κάποια χρόνια/μακροπρόθεσμη ιατρική ή οδοντιατρική κατάσταση ή υπάρχει οποιαδήποτε άλλη αναπηρία, αφύσικη κατάσταση ή επανεμφανιζόμενη ασθένεια ή τραυματισμός;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Υπάρχει κάποια γνωστή ή προβλέψιμη ανάγκη επίσκεψης σε ιατρό ή άλλο ιατρικό προμηθευτή;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Σημειώστε Ναι αν: το νεογέννητο βρέφος το οποίο θα προστεθεί στο ασφαλιστήριο έχει γεννηθεί με τη χρήση μεθόδου υποβοηθούμενης σύλληψης και η γέννηση είναι πολλαπλή ή αν έχει υιοθετηθεί. Αν Ναι, σημειώστε το ιατρικό ιστορικό του παιδιού στο Μέρος Β.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Έχετε εσείς ή κάποιο εξαρτώμενό σας που αναγράφεται στο Μέρος 5, υποφέρει από οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση ή/και υποβλήθει σε χειρουργική επέμβαση, κατά τη διάρκεια της ζωής σας/τους, που μπορεί να επηρεάσει την υγεία σας/τους στο μέλλον;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Παρακαλούμε σημειώστε το σημερινό ύψος σε μέτρα και το βάρος σε κιλά για εσάς και το κάθε μέλος που αναγράφεται στο Μέρος 5. m kg m kg m kg m kg m kg

Διατηρούμε το δικαίωμα να ζητήσουμε Έκθεση Ιατρικής Εξέτασης (MER) ή/και άλλες ιατρικές εξετάσεις (π.χ. ανάλυση αίματος ή/και ούρων), οι οποίες κρίνονται απαραίτητες για την αξιολόγηση της ασφαλισιμότητας του αιτούντος. Οι εν λόγω ιατρικές πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για σκοπούς ανάληψης ασφαλιστικού κινδύνου, αξιολόγησης του κινδύνου και καθορισμού της κάλυψης, και θα τύχουν επεξεργασίας σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση εντοπιστεί μέσω των απαιτούμενων εξετάσεων ή αποκαλυφθεί κατά τη διαδικασία της αίτησης, ενδέχεται να χαρακτηριστεί ως προϋπάρχουσα κατάσταση, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την κάλυψη ή/και τα ασφάλιστρα του αιτούντος. Η κάλυψη για προϋπάρχουσες καταστάσεις ενδέχεται να υπόκειται σε ειδικές εξαιρέσεις ή περιόδους αναμονής.

Μέρος Β (Παρακαλούμε συνεχίστε σε ξεχωριστή αίτηση συμμετοχής αν χρειάζεται)

Το μέρος αυτό πρέπει να συμπληρωθεί αν απαντήσατε στις ερωτήσεις του Μέρους Α με 'Ναι'. Παρακαλούμε δηλώστε όλες τις ιατρικές καταστάσεις (ή τα αδιάγνωστα συμπτώματα) τις οποίες αφορούν αυτές οι απαντήσεις. Χρησιμοποιήστε το Μέρος 3 για να τις αναφέρετε ξεχωριστά και αναγράψτε επίσης τις επιπλέον λεπτομέρεις πληροφορίες που απαιτούνται στα Μέρη 4 έως 6.

1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς				2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α	
3. Φύση ασθένειας/αδυναμίας και θεραπείας που χορηγήθηκε		4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε?		5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	
		Μήνας	Έτος	Διάρκεια	6. Παρούσα κατάσταση υγείας

1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς				2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α	
3. Φύση ασθένειας/αδυναμίας και θεραπείας που χορηγήθηκε		4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε?		5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	
		Μήνας	Έτος	Διάρκεια	6. Παρούσα κατάσταση υγείας

1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς				2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α	
3. Φύση ασθένειας/αδυναμίας και θεραπείας που χορηγήθηκε		4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε?		5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	
		Μήνας	Έτος	Διάρκεια	6. Παρούσα κατάσταση υγείας

1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς				2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α	
3. Φύση ασθένειας/αδυναμίας και θεραπείας που χορηγήθηκε		4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε?		5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	
		Μήνας	Έτος	Διάρκεια	6. Παρούσα κατάσταση υγείας

1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς				2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α	
3. Φύση ασθένειας/αδυναμίας και θεραπείας που χορηγήθηκε		4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε?		5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	
		Μήνας	Έτος	Διάρκεια	6. Παρούσα κατάσταση υγείας

1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς				2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α	
3. Φύση ασθένειας/αδυναμίας και θεραπείας που χορηγήθηκε		4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε?		5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	
		Μήνας	Έτος	Διάρκεια	6. Παρούσα κατάσταση υγείας

7. Υπογραφή και Δήλωση Κυρίως Ασφαλισμένου και Ενήλικων Εξαρτώμενων

Με την υπογραφή του πιο κάτω, ο Κύριως Ασφαλισμένος συμφωνεί με τις πιο κάτω δηλώσεις εκ μέρους του/της ή/και για τυχόν ανήλικα και ενήλικα εξαρτώμενα πρόσωπα για τα οποία έχει υποβάλει αίτηση για κάλυψη.

Κάθε ενήλικας εξαρτώμενος για τον οποίο έχει υποβληθεί αίτηση για κάλυψη θα πρέπει επίσης να υπογράψει και να δηλώσει τη συμφωνία του με τις πιο κάτω δηλώσεις.

Δήλωση

Δηλώνω ότι εξ' όσο γνωρίζω και πιστεύω οι δηλώσεις σε αυτή την αίτηση είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Καταλαβαίνω ότι εάν δεν παρέχω τις πληροφορίες που ζητούνται σε αυτή την αίτηση, οποιαδήποτε απαίτηση για ωφελήματα μπορεί να απορριφθεί ή/και η κάλυψη μου βάσει αυτού του ασφαλιστηρίου μπορεί να τροποποιηθεί ή να τερματιστεί.

Επιβεβαιώνω ότι θα αναγνώσω το Εγχειρίδιο και Συμφωνία Συμμετοχής του Σχεδίου Υγείας MultiCare της Universal Life όταν την παραλάβω και ότι συμφωνώ να δεσμευτώ από αυτήν.

Κατανώ ότι τα προσωπικά μου στοιχεία θα υποβληθούν σε επεξεργασία σύμφωνα με τη δήλωση προστασίας δεδομένων πιο κάτω. Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει αυτή τη δήλωση προστασίας δεδομένων και αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των προσωπικών μου στοιχείων είναι απαραίτητη για τη διαχείριση και την εκτέλεση του ασφαλιστηρίου.

Συμφωνώ ότι η αποδοχή αυτής της αίτησης θα γίνει με βάση αυτές τις δηλώσεις.

Υπογραφή Κυρίως Ασφαλιζόμενου	Όνομα Ολογράφως	Ημερομηνία
Υπογραφή Ενήλικων Εξαρτώμενων	Όνομα Ολογράφως	

Παρακαλούμε σημειώστε: Σας συνιστούμε να κρατήσετε το αρχείο των πληροφοριών που παρέχονται σε σχέση με την αίτηση αυτή, συμπεριλαμβανομένων και των επιστολών που θα μας αποστείλετε. Αν επιθυμείτε ένα αντίγραφο της αίτησης αυτής, ενημερώστε μας σχετικά εντός 90 ημερών. Αφού συμπληρώσετε αυτήν την αίτηση συμμετοχής και υπογράψετε την δήλωση, στείλτε την αίτησή σας στη διεύθυνση:

Τμήμα Διαχείρισης Ασφαλιστηρίων MultiCare, Universal Life, Τ.Θ. 21270, 1505 Λευκωσία, Κύπρος

8. Δήλωση Προστασίας Δεδομένων και Συγκατάθεση για την Επεξεργασία Ειδικών Κατηγοριών Δεδομένων

Η Universal Life Insurance Public Co Limited (εφεξής καλούμενη "εμείς", "εμάς" ή "μας" αντίστοιχα), είναι αδειοδοτημένη ασφαλιστική εταιρεία με αριθμό εγγραφής HE895 και το εγγεγραμμένο γραφείο της βρίσκεται στην Λεωφόρο Διγενή Ακρίτα 85, 1070 Λευκωσία. Η δήλωση προστασίας δεδομένων που παρατίθεται πιο κάτω, παρέχεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων της ΕΕ Κανονισμός 2016/679 (εφεξής "ΓΚΠΔ"), και του Νόμου για την Προστασία των Φυσικών Προσώπων έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών (125(Ι)2018) και τυχόν κατά καιρούς τροποποιήσεις (εφεξής κοινώς "Νόμος")

Η δήλωση προστασίας δεδομένων ισχύει για κάθε φυσικό πρόσωπο του οποίου οι πληροφορίες παρέχονται σε αυτή τη αίτηση για σκοπούς παροχής ασφαλιστικής κάλυψης και η αναφορά μας σε "εσείς" ή "σας" περιλαμβάνει αναφορά στον Κυρίως Ασφαλισμένο και στα ανήλικα ή/και ενήλικα εξαρτώμενα άτομα για τα οποία ζητείται κάλυψη. Ακολουθεί μια σύντομη επισκόπηση του τρόπου συλλογής των προσωπικών δεδομένων και πώς αυτά επεξεργάζονται. Περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας μπορείτε να βρείτε στην πλήρη δήλωση προστασίας δεδομένων που είναι διαθέσιμη στον ιστότοπο μας στη διεύθυνση www.universallife.com.cy/el/home

Μπορούμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι τα προσωπικά σας στοιχεία είναι υψίστης σημασίας για εμάς και δεσμευόμαστε να εξασφαλίσουμε την προστασία τους.

Ορισμοί

"**Προσωπικά δεδομένα**" ή "**προσωπικά σας στοιχεία**" σημαίνει κάθε πληροφορία που σχετίζεται με εσάς όσο είστε εν ζωή.

"Επεξεργασία" ή "επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα" σημαίνει οποιαδήποτε εργασία ή σειρά εργασιών που λαμβάνει χώρα με ή χωρίς τη χρήση αυτοματοποιημένων μεθόδων και εφαρμόζεται σε προσωπικά δεδομένα, και περιλαμβάνει τη συλλογή, καταγραφή, οργάνωση, διατήρηση, αποθήκευση, τροποποίηση, εξαγωγή, χρήση, μετάδοση, διάδοση ή οποιαδήποτε άλλη μορφή διάθεσης, συσχέτισης ή συνδυασμό, διασύνδεση, μπλοκάρισμα, διαγραφή ή καταστροφή.

Κατηγορίες Προσωπικών Δεδομένων

Επεξεργαζόμαστε τις ακόλουθες κατηγορίες προσωπικών δεδομένων: γενικά προσωπικά δεδομένα, όπως τα στοιχεία επικοινωνίας και τα στοιχεία ταυτότητας σας, και ειδικές κατηγορίες δεδομένων, συγκεκριμένα δεδομένα που αφορούν την υγεία σας.

8. Δήλωση Προστασία Δεδομένων και Συγκατάθεση για την Επεξεργασία Ειδικών Κατηγοριών Δεδομένων *συνέχεια*

Πως συλλέγουμε τα προσωπικά δεδομένα

Συλλέγουμε τα προσωπικά δεδομένα από εσάς και από ορισμένα τρίτα μέρη που έχετε εξουσιοδοτήσει να μας παρέχουν πληροφορίες (π.χ. ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής σας, πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης).

Νομική Βάση και Σκοπός επεξεργασίας

Θα επεξεργαστούμε τα προσωπικά δεδομένα σας για ένα ή περισσότερους από τους ακόλουθους σκοπούς:

- Εκτέλεση ασφαλιστηρίου συμβολαίου ("το ασφαλιστήριο") που περιλαμβάνει, την έκδοση και διαχείριση του ασφαλιστηρίου, καθώς και την εκτέλεση αιτημάτων από τον ιδιοκτήτη του ασφαλιστηρίου.
- Η συμμόρφωση μας με νομική υποχρέωση, όπου η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων πραγματοποιείται για σκοπούς συμμόρφωσης με υποχρεώσεις που απορρέουν από το νομικό πλαίσιο που μας διέπει (π.χ. συμμόρφωση με τους κανονισμούς κυρώσεων).
- Εάν η επεξεργασία είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση των έννομων συμφερόντων μας ή τρίτων μερών, όταν αυτό δεν επηρεάζει αρνητικά τα δικαιώματά σας (π.χ. έρευνα και στατιστικές αναλύσεις, μέτρα για τη διασφάλιση της ασφάλειας των συστημάτων και της περιοσίας μας ή για την πρόληψη εγκληματικών ή κακόβουλων πράξεων ή παραβάσεων).
- Εάν έχετε δώσει τη συγκεκριμένη συγκατάθεση σας για μια τέτοια επεξεργασία, π.χ. για την επεξεργασία δεδομένων που αφορούν την υγεία σας ή για σκοπούς προώθησης των προϊόντων μας, συμβολαίων ή υπηρεσιών.

Εμπιστευτικότητα και Ασφάλεια Επεξεργασίας

Σας διαβεβαιώνουμε ότι λαμβάνουμε όλα τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα για την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων και την προστασία από τυχαία ή παράνομη καταστροφή, τυχαία απώλεια, τροποποίηση, μη εξουσιοδοτημένη διάδοση ή πρόσβαση και οποιαδήποτε άλλη μορφή παράνομης επεξεργασίας.

Διατήρηση Προσωπικών Δεδομένων

Επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά δεδομένα για όσο διάστημα το ασφαλιστήριο παραμένει σε ισχύ. Με τον τερματισμό του ασφαλιστηρίου, θα διατηρήσουμε τα προσωπικά σας στοιχεία για περαιτέρω χρονική περίοδο όπως έχει οριστεί στην πλήρη δήλωση προστασίας δεδομένων που είναι διαθέσιμη στον ιστότοπο μας www.universallife.com.cy/el/home

Παραλήπτες και Διαβίβαση Προσωπικών Δεδομένων στο Εξωτερικό

Οι αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων είναι το εξουσιοδοτημένο προσωπικό μας ή/και οποιοδήποτε τρίτο μέρος που έχει συμφωνία συνεργασίας μαζί μας για την παροχή σχετικών υπηρεσιών, και διατηρεί ικανοποιητικά επίπεδα απόρρητου προστασίας και ασφάλειας επεξεργασίας. Αποδέκτες μπορεί επίσης να είναι γιατροί που έχουν εξετάσει ή θα σας εξετάσουν για τους σκοπούς αυτής της αίτησης. Ο ασφαλιστικός σας διαμεσολαβητής ο οποίος έχει συμφωνία συνεργασίας μαζί μας, και το αρμόδιο προσωπικό οποιασδήποτε ανασφαλιστικής εταιρείας η οποία έχει συμφωνία συνεργασίας μαζί μας. Για ενήλικα εξαρτώμενα άτομα για τα οποία ο Κυρίως Ασφαλισμένος έχει υποβάλει αίτηση για κάλυψη, ο παραλήπτης των προσωπικών σας στοιχείων είναι επίσης ο Κύριος Ασφαλισμένος.

Για την παροχή και διαχείριση αυτού του συμβολαίου, συνεργαζόμαστε και υποστηρίζουμε από την AXA Global Healthcare Group. Ως εκ τούτου αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων είναι επίσης και ικανό προσωπικό του Ομίλου AXA Global Healthcare, ο οποίος αποτελείται από την AXA Global Healthcare (UK) Limited και τις θυγατρικές της ανά το παγκόσμιο (εφεξής "Ομίλος AXA"). Οποιαδήποτε δεδομένα διαβιβάζονται εντός του Ομίλου AXA, γίνεται σύμφωνα με τις απαιτήσεις του ΓΚΠΔ.

Οποιαδήποτε περαιτέρω διαβίβαση των προσωπικών σας στοιχείων εκτός ΕΕ, γίνεται σύμφωνα με το Νόμο και εφαρμόζονται ειδικές δικλίδες ασφαλείας ώστε να διασφαλιστεί ότι η προστασία που προβλέπει ο Νόμος, μεταφέρεται με αυτά τα δεδομένα.

Αυτοματοποιημένη Λήψη Αποφάσεων και Κατάρτιση Προφίλ

Προς το παρόν και για τους σκοπούς της εφαρμογής του ασφαλιστηρίου, δεν χρησιμοποιούμε αυτοματοποιημένα μέσα για λήψη αποφάσεων ή για τη δημιουργία προφίλ.

Τα Δικαιώματά σας

Έχετε το δικαίωμα ανά πάσα στιγμή να ζητήσετε πρόσβαση στα προσωπικά δεδομένα που διατηρούμε και να ζητήσετε να διορθώσουμε, διαγράψουμε ή περιορίσουμε την επεξεργασία (υπό ορισμένες περιστάσεις όπως ορίζονται από το Νόμο) των προσωπικών δεδομένων. Μπορείτε επίσης να αντιταχθείτε στη χρήση των προσωπικών σας στοιχείων, να ζητήσετε να μεταφέρουμε ηλεκτρονικά τις πληροφορίες που έχετε θέσει στη διάθεση μας (το δικαίωμα φορητότητας) ή/και να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων. Σημειώνουμε ωστόσο ότι εάν θα επιλέξετε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία δεδομένων που αφορούν την υγεία σας, αυτό θα επηρεάσει την ικανότητα μας να διαχειριζόμαστε το ασφαλιστήριο. Για να ασκήσετε οποιοδήποτε από αυτά τα δικαιώματά σας ή να υποβάλετε παράπονο σχετικά με τη χρήση των προσωπικών δεδομένων, παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μας γραπτώς στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: personaldata@unilife.com.cy. Έχετε επίσης το δικαίωμα να υποβάλετε παράπονο σχετικά με τη χρήση των προσωπικών σας στοιχείων από εμάς, στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων μας στη πιο πάνω διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ή/και στο Γραφείο του Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Συγκατάθεση για την Επεξεργασία Ειδικών Κατηγοριών Δεδομένων

Διά του παρόντος δηλώνω ότι έχω διαβάσει την πιο πάνω δήλωση προστασίας δεδομένων και κατανώ και αποδέχομαι το περιεχόμενο της.

Με την υπογραφή μου πιο κάτω, παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία δεδομένων που αφορούν την υγεία μου (ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων) από τους παραλήπτες που αναφέρονται ανωτέρω για τους σκοπούς της εκτέλεσης και διαχείρισης του ασφαλιστηρίου βάσει του οποίου θα μου παρέχεται ασφαλιστή κάλυψη.

Αναγνωρίζω ότι σε περίπτωση ανάκλησης αυτής της συγκατάθεσης, η ασφαλιστική μου κάλυψη βάσει αυτού του ασφαλιστηρίου ενδέχεται να τερματιστεί ή/και απαίτηση/αίτημα που υποβλήθηκε σύμφωνα με αυτό το ασφαλιστήριο μπορεί να απορριφθεί.

Υπογραφή Κυρίως Ασφαλιζόμενου	Όνομα Ολογράφως	Ημερομηνία
Υπογραφή Ενήλικων Εξαρτώμενων	Όνομα Ολογράφως	

Συγκατάθεση από τον Κυρίως Ασφαλιζόμενο: Παρακαλούμε σημειώστε, στο αντίστοιχο πλαίσιο πιο κάτω, αν συγκατατείθετε στην επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων για τον σκοπό παραλαβής πληροφοριών σχετικά με τα προϊόντα, τα σχέδια ή τις υπηρεσίες μας μέσω ταχυδρομείου, τηλεφώνου, ηλεκτρονικού μηνύματος ή μηνύματος.

Συμφωνώ και αποδέχομαι Δεν συμφωνώ

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Αξιολόγηση κινδύνου

(Ειδικοί όροι ανάληψης κινδύνου που αφορούν αυτή την αίτηση)

Υπογραφή Αξιολογητή Κινδύνου:

Ημερομηνία:

AEN-09/25

