

Πρόταση Ασφάλισης Προγράμματος

Εγγυημένη ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Παρακαλούμε να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις της αίτησης [ΣΥΝΟΛΟ ΣΕΛΙΔΩΝ: 3]

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης		
Επώνυμο	Όνομα	
Πατρώνυμο	Α.Δ.Τ.	Διαβατήριο
Α.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 Ασφαλιζόμενου		
Επώνυμο	Όνομα	
Πατρώνυμο	Α.Δ.Τ.	Διαβατήριο
Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.	
Ημερομηνία Γέννησης	Υπηκοότητα	
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό	
Κύριο Επάγγελμα	E-mail	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	T.K.	Πόλη
ΑΜΚΑ	Ύψος	Βάρος

Διάρκεια Ασφάλισης & Τρόπος Πληρωμής		
Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης	Τρόπος Πληρωμής Εφάπαξ <input type="checkbox"/> 12 άτοκες δόσεις με χρήση πιστωτικής κάρτας <input type="checkbox"/>

Δικαιούχοι (σε περίπτωση Απώλειας Ζωής)			
Οι νόμιμοι κληρονόμοι <input type="checkbox"/>			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	ΣΧΕΣΗ με τον ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ

Ασφαλιστικές Καλύψεις

ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	
	ΣΧΕΔΙΟ 1	ΣΧΕΔΙΟ 2
Θάνατος από Ατύχημα	100.000 <input type="checkbox"/>	200.000 <input type="checkbox"/>
Θάνατος & Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από Ατύχημα	100.000 <input type="checkbox"/>	200.000 <input type="checkbox"/>

Ερωτηματολόγιο Προσώπου προς Ασφάλιση

Ημερήσια Κατανάλωση Καπνού:	Ημερήσια Κατανάλωση Οινοπνεύματος:		
Το ερωτηματολόγιο αφορά όλα τα πρόσωπα προς ασφάλιση (Ασφαλιζόμενο & Εξαρτώμενα Μέλη)		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1.	Οδηγείτε δίκυκλο; (αναφέρατε cc)		
2.	Θέλετε να καλύπτεστε κατά τη διάρκεια οδήγησης δίκυκλου, γεωργικών/αγροτικών μηχανημάτων;		
3.	Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα, ανικανότητα, αναπηρία, δυσμορφία ή συγγενή πάθηση;		
4.	Έχετε υποβάλει ποτέ αίτηση για ασφάλιση ή έχετε συνάψει Ασφαλιστήριο Ζωής, Υγείας ή Ανικανότητας που έχει γίνει δεκτό ή απορριφθεί, ανασταλεί ή ακυρωθεί;		
5.	Είστε αθλητής σε επαγγελματικό ή ερασιτεχνικό σωματείο; Έχετε κάποιο hobby ή ασχολείστε με extreme sports;		
6.	Έχετε υποστεί οποιοδήποτε ατύχημα με αποτέλεσμα κάκωση μυών, οστών ή αρθρώσεων και γενικά του μυοσκελετικού συστήματος; Σε ποιες εξετάσεις υποβλήθηκατε;		

Διευκρινίσεις Ερωτηματολογίου

Παρακαλούμε επεξηγήσατε λεπτομερώς τις καταφατικές απαντήσεις, δίδοντας στον πιο κάτω πίνακα, τον αριθμό της ερώτησης.

Δηλώσεις - Εξουσιοδοτήσεις - Συγκαταθέσεις

Οι υπογράφοντες, με την ιδιότητα του λήπτη της ασφάλισης/ ασφαλισμένου, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσίωση 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 οποιαδήποτε παραλείψεις και μεταβολές. Αποδεχόμαστε δε ότι θα αποτελέσουν τη βάση για το υπό έκδοση Ασφαλιστήριο και την αντιμετώπιση της ασφαλιστικής περίπτωσης. Λάβαμε επίσης γνώση του δικαιώματος της Εταιρίας να αρνηθεί την αίτησή για ασφάλιση ή να την κάνει αποδεκτή με δρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται, χωρίς την υποχρέωση να δικαιολογήσει την απόφασή της.

- Γνωρίζουμε ότι στην ασφάλιση αυτή ισχύουν οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι που μας παραδόθηκαν αλλά και των οποίων λάβαμε γνώση διαβάζοντάς τους στην ιστοσελίδα της εταιρίας σας. Στους Όρους αυτούς περιλαμβάνονται και Εξαιρέσεις τις οποίες και αποδεχόμαστε. Με την παρούσα υποβάλλουμε αίτηση ασφάλισης που θα περιλαμβάνει όλους τους ανωτέρω Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης.
- Παραλάβαμε το ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 150 του Ν. 4364/2016 όπως αυτό ισχύει και τις σχετικές δηλώσεις εναντίωσης και υπαναχώρησης.

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.

Κυρίως Ασφαλιζόμενος

(υπογραφή)

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 περιέθαλψαν εμάς 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 ανηλικών εξαρτώμενων μελών σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου που αναφέρεται στην παρούσα.

Κυρίως Ασφαλιζόμενος

(υπογραφή)

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

Αποδέχομαι την ενημέρωση και αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλιση (π.χ. Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, Ανανέωση, Ειδοποίηση 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).

Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης

Συναινώ

Δεν συναινώ

(check & υπογραφή)

Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης

Συναινώ

Δεν συναινώ

(check & υπογραφή)

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 δικά μας που περιλαμβάνονται στη σύμβαση καθώς και οποιωνδήποτε 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.

Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης

(υπογραφή)

Κυρίως Ασφαλιζόμενος

(υπογραφή)

Συμβαλλόμενος	Κυρίως Ασφαλιζόμενος	Συνεργάτης		Άμεσος Διανομέας	
		Επωνυμία	Α.Φ.Μ.	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.
			Α.Ε.Μ.		Α.Ε.Μ.
(υπογραφή)	(υπογραφή)	(Κωδικός, Σφραγιδα, Υπογραφή)		(Κωδικός, Σφραγιδα, Υπογραφή)	

Τόπος

Ημερομηνία