

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης

Όνοματεπώνυμο			Πατρώνυμο
Α.Δ.Τ.	Διαβατήριο	Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
Ημερ/νία Γέννησης	Υπηκοότητα	Σταθερό Τηλέφωνο	Κινητό Τηλέφωνο
Κύριο Επάγγελμα	E-mail	Σχέση με τον κυρίως Ασφαλιζόμενο	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας			Πόλη

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζόμενου

Όνοματεπώνυμο			Πατρώνυμο
Α.Δ.Τ.	Διαβατήριο	Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
Ημερομηνία Γέννησης	Υπηκοότητα	Σταθερό Τηλέφωνο	Κινητό Τηλέφωνο
Κύριο Επάγγελμα			E-mail
Διεύθυνση Αλληλογραφίας			Πόλη

Στοιχεία Εξαρτώμενων Μελών

	1° μέλος	2° μέλος	3° μέλος	4° μέλος	5° μέλος
Επώνυμο					
Όνομα					
Πατρώνυμο					
Ημερομηνία Γέννησης					

Διάρκεια Ασφάλισης & Τρόπος Πληρωμής

Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης	Πληρωμή	Εφάπαξ <input type="checkbox"/>	Άτοκες δόσεις με χρήση πιστωτικής <input type="checkbox"/>
--------------------	------------------	---------	---------------------------------	--

Δηλώσεις - Εξουσιοδοτήσεις - Συγκαταθέσεις

Οι υπογράφοντες, με την ιδιότητα του λήπτη της ασφάλισης/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 αποσίπηση 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 οποιοδήποτε 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 όρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται, χωρίς την υποχρέωση να δικαιολογήσει την απόφασή της.

1. 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.

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

4. 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, μέσω 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	Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης
Συναινώ <input type="checkbox"/>	Συναινώ <input type="checkbox"/>
Δεν συναινώ <input type="checkbox"/>	Δεν συναινώ <input type="checkbox"/>
(check & υπογραφή)	(check & υπογραφή)

5. 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/ ή των ανήλικων τέκνων 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 ασφαλιστήριο 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.

Κυρίως Ασφαλιζόμενος		Σύζυγος		Ενήλικα Εξαρτώμενα Μέλη			
καθώς και υπέρ ανηλικών, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους		ως εξαρτώμενο μέλος καθώς και υπέρ ανηλικών, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση μέλους					
(υπογραφή)		(υπογραφή)		(υπογραφή)	(υπογραφή)	(υπογραφή)	(υπογραφή)
Συμβαλλόμενος	Κυρίως Ασφαλιζόμενος	Συνεργάτης		Άμεσος Διανομέας			
		Επωνυμία	Α.Φ.Μ.	Επωνυμία		Α.Φ.Μ.	
			Α.Ε.Μ.			Α.Ε.Μ.	
(υπογραφή)	(υπογραφή)	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)		(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)			

Πιστοποίηση ISO 9001:2015