

Αίτηση Συμμετοχής στο Ομαδικό Πρόγραμμα Υγείας Medica

Ιδιοκτήτης Σύμβασης

Αριθμός Συμβολαίου

Ημερομηνία ένταξης στο Πρόγραμμα

(α1) Στοιχεία Κυρίως Μέλους

Τίτλος

Όνομα

Επίθετο

Ημερομηνία Γέννησης

Φύλο:

Άρρεν ☐ Θήλυ ☐ Άλλο ☐

Οικογενειακή Κατάσταση:

Ανύπαντρος\η ☐ Παντρεμένος\η ☐ Διαζευγμένος\η/Άλλο ☐

Έγγραφο Ταυτοποίησης:

Ταυτότητα ☐

Διαβατήριο ☐

Αριθμός Εγγράφου
Ταυτοποίησης

Χώρα Έκδοσης Εγγράφου
Ταυτοποίησης

Ημερομηνία Λήξης
Εγγράφου Ταυτοποίησης

Email

Καπνιστής:

Ναι ☐ Όχι ☐

Διεύθυνση Κατοικίας

Αρ.

T.K.

Πόλη

Χώρα

Αρ. Κινητού Τηλεφώνου

Χώρα Κινητού Τηλεφώνου

Κύριο Επάγγελμα

Καθεστώς Απασχόλησης:

☐ Αυτοεργοδοτούμενος
 ☐ Δημόσιος Υπάλληλος
 ☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος
 ☐ Συνταξιούχος
 ☐ Άνεργος
☐ Μαθητής/Φοιτητής
 ☐ Εισοδηματίας

(α2) Στοιχεία Συζύγου/Συντρόφου

Τίτλος	Όνομα	Επίθετο			
Ημερομηνία Γέννησης		Φύλο:			
		Άρρεν ☐ Θήλυ ☐ Άλλο ☐			
Έγγραφο Ταυτοποίησης:	Αριθμός Εγγράφου Ταυτοποίησης	Χώρα Έκδοσης Εγγράφου Ταυτοποίησης		Ημερομηνία Λήξης Εγγράφου Ταυτοποίησης	
Ταυτότητα ☐					
Διαβατήριο ☐					
Διεύθυνση Κατοικίας	Αρ.	T.K.	Πόλη	Χώρα	
Email	Αρ. Κινητού Τηλεφώνου		Χώρα Κινητού Τηλεφώνου		
Κύριο Επάγγελμα				Καπνιστής:	
				Ναι ☐ Όχι ☐	
Καθεστώς Απασχόλησης:					
☐ Αυτοεργοδοτούμενος	☐ Δημόσιος Υπάλληλος	☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος	☐ Συνταξιούχος	☐ Άνεργος	
☐ Μαθητής/Φοιτητής	☐ Εισοδηματίας				

(α3) Στοιχεία Εξαρτώμενου Μέλους (Παιδί)

Τίτλος	Όνομα	Επίθετο			
Ημερομηνία Γέννησης		Φύλο:			
		Άρρεν ☐ Θήλυ ☐ Άλλο ☐			
Έγγραφο Ταυτοποίησης:	Αριθμός Εγγράφου Ταυτοποίησης	Χώρα Έκδοσης Εγγράφου Ταυτοποίησης		Ημερομηνία Λήξης Εγγράφου Ταυτοποίησης	
Ταυτότητα ☐					
Διαβατήριο ☐					
Διεύθυνση Κατοικίας	Αρ.	T.K.	Πόλη	Χώρα	
Email	Αρ. Κινητού Τηλεφώνου		Χώρα Κινητού Τηλεφώνου		
Κύριο Επάγγελμα				Καπνιστής:	
				Ναι ☐ Όχι ☐	
Καθεστώς Απασχόλησης:					
☐ Αυτοεργοδοτούμενος	☐ Δημόσιος Υπάλληλος	☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος	☐ Συνταξιούχος	☐ Άνεργος	
☐ Μαθητής/Φοιτητής	☐ Εισοδηματίας				

(α4) Στοιχεία Εξαρτώμενου Μέλους (Παιδί)

Τίτλος	Όνομα	Επίθετο		
Ημερομηνία Γέννησης	Φύλο:			
	Άρρεν ☐ Θήλυ ☐ Άλλο ☐			
Έγγραφο Ταυτοποίησης:	Αριθμός Εγγράφου Ταυτοποίησης	Χώρα Έκδοσης Εγγράφου Ταυτοποίησης	Ημερομηνία Λήξης Εγγράφου Ταυτοποίησης	
Ταυτότητα ☐				
Διαβατήριο ☐				
Διεύθυνση Κατοικίας	Αρ.	T.K.	Πόλη	Χώρα
Email	Αρ. Κινητού Τηλεφώνου	Χώρα Κινητού Τηλεφώνου		
Κύριο Επάγγελμα	Καπνιστής:			
	Ναι ☐ Όχι ☐			
Καθεστώς Απασχόλησης:				
☐ Αυτοεργοδοτούμενος	☐ Δημόσιος Υπάλληλος	☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος	☐ Συνταξιούχος	☐ Άνεργος
☐ Μαθητής/Φοιτητής	☐ Εισοδηματίας			

(α5) Στοιχεία Εξαρτώμενου Μέλους (Παιδί)

Τίτλος	Όνομα	Επίθετο		
Ημερομηνία Γέννησης	Φύλο:			
	Άρρεν ☐ Θήλυ ☐ Άλλο ☐			
Έγγραφο Ταυτοποίησης:	Αριθμός Εγγράφου Ταυτοποίησης	Χώρα Έκδοσης Εγγράφου Ταυτοποίησης	Ημερομηνία Λήξης Εγγράφου Ταυτοποίησης	
Ταυτότητα ☐				
Διαβατήριο ☐				
Διεύθυνση Κατοικίας	Αρ.	T.K.	Πόλη	Χώρα
Email	Αρ. Κινητού Τηλεφώνου	Χώρα Κινητού Τηλεφώνου		
Κύριο Επάγγελμα	Καπνιστής:			
	Ναι ☐ Όχι ☐			
Καθεστώς Απασχόλησης:				
☐ Αυτοεργοδοτούμενος	☐ Δημόσιος Υπάλληλος	☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος	☐ Συνταξιούχος	☐ Άνεργος
☐ Μαθητής/Φοιτητής	☐ Εισοδηματίας			

(β) Ιατρικό Ιστορικό

Οι πιο κάτω ερωτήσεις θα πρέπει να απαντηθούν σε σχέση με κάθε προτεινόμενο για Ασφάλιση Πρόσωπο.

1. Ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων:	2. Ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ:
3. Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης σε ιατρό ή λήψης ιατρικής συμβουλής:	
Αιτία/ Διάγνωση:	
Θεραπεία:	
Συνταγογράφηση:	
Διαγνωστικές Εξετάσεις:	
Όνομα/ Διεύθυνση Ιατρού:	
4. Χρειάστηκε να νοσηλευτείτε; Εάν ναι, παρακαλούμε αναφέρατε:	OXI ☐
Αίτια νοσηλείας:	
Περίοδος νοσηλείας:	
Όνομα/ Διεύθυνση Ιατρού:	
5. Σας έχουν συμβουλέψει να κάνετε κάποιες ιατρικές διαγνωστικές εξετάσεις ή να λάβετε κάποια ιατρική θεραπεία η οποία εκκρεμεί; Εάν ναι, παρακαλούμε αναφέρατε:	OXI ☐
Για ποιο λόγο;	
6. Έχετε εξεταστεί από ιατρό ή έχετε λάβει ή λαμβάνετε θεραπεία για κάποια από τις παρακάτω παθήσεις ή ασθένειες;	
Μη φυσιολογική πίεση αίματος (π.χ. υπέρταση, υπόταση)	NAI ☐ OXI ☐
Παθήσεις του Αναπνευστικού συστήματος	NAI ☐ OXI ☐
Ψηλά λιπίδια στο αίμα (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια)	NAI ☐ OXI ☐
Παθήσεις μυοσκελετικού συστήματος (π.χ. σπονδύλου, δίσκων, μυών)	NAI ☐ OXI ☐
Παθήσεις νευρικού συστήματος, αγχώδης διαταραχή, κατάθλιψη	NAI ☐ OXI ☐
Καρδιαγγειακά προβλήματα (π.χ. καρδιοπάθεια, έμφραγμα, εγκεφαλικό επεισόδιο, αγγειοπάθεια)	NAI ☐ OXI ☐
Πεπτικό σύστημα (π.χ. έλκος, ασθένεια Crohn's, ελκώδη κολίτιδα)	NAI ☐ OXI ☐
Διαβήτης οποιασδήποτε μορφής	NAI ☐ OXI ☐
Καρκίνος, προ καρκινικό στάδιο	NAI ☐ OXI ☐
Παθήσεις ουροποιητικού συστήματος (π.χ. νεφροπάθεια, πέτρες νεφρών)	NAI ☐ OXI ☐
HIV, ηπατίτιδα, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	NAI ☐ OXI ☐
Οποιαδήποτε πάθηση του θυροειδή αδένα	NAI ☐ OXI ☐
Άλλες παθήσεις/ ασθένειες/ καταστάσεις/ ατυχήματα	NAI ☐ OXI ☐
7. Έχετε βιώσει κάποιο σύμπτωμα ή ένδειξη το οποίο να σας κάνει να υποψιάζεστε ότι στο άμεσο μέλλον θα χρειαστείτε ιατρική συμβουλή ή ακόμα και θεραπεία;	NAI ☐ OXI ☐
8. Πήρατε ή παίρνετε οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή;	NAI ☐ OXI ☐
9. Για Γυναίκες Μόνο:	
Παθήσεις μαστών ή γεννητικών οργάνων;	NAI ☐ OXI ☐
Είσαστε τώρα έγκυος;	NAI ☐ OXI ☐
Εάν ναι, πόσων μηνών;	

Σημείωση: Για κάθε καταφατική απάντηση θα πρέπει να δοθούν λεπτομέρειες στην παράγραφο «Επιπρόσθετες Λεπτομέρειες», με αναφορά στον αριθμό της ερώτησης και το σχετιζόμενο πρόσωπο.

(γ) Οικογενειακό Ιστορικό

Αν υπέφεραν ή υποφέρουν οι γονείς σας ή τα αδέρφια σας (είτε ζουν είτε όχι) από διαβήτη, καρδιοπάθεια, όγκο ή καρκίνο, ασθένεια Huntington's, πολυκυστικούς νεφρούς, εγκεφαλικό επεισόδιο, κατά πλάκα σκλήρυνση, νευροπάθειες ή υπέρταση, θα πρέπει να δοθούν λεπτομέρειες στην παράγραφο «Επιπρόσθετες Λεπτομέρειες»

(δ) Χώρα Διαμονής

Αν οποιοδήποτε Προτεινόμενο για Ασφάλιση Πρόσωπο, διαμένει προσωρινά στο Εξωτερικό, θα πρέπει να δοθούν οι λεπτομέρειες στην παράγραφο «Επιπρόσθετες Λεπτομέρειες», όπως χώρα, διάρκεια και σκοπός διαμονής.

(ε) Ταυτόχρονη Κάλυψη

Αν υπάρχουν σε ισχύ άλλα Ασφαλιστήρια ή εκκρεμούν Αιτήσεις για Ασφαλιστική Κάλυψη Νοσοκομειακής Περίθαλψης ή Προσωπικών Ατυχημάτων, τόσο με τη δική μας Εταιρεία, όσο και με άλλες Ασφαλιστικές Εταιρείες, θα πρέπει να δοθούν οι λεπτομέρειες στην παράγραφο «Επιπρόσθετες Λεπτομέρειες».

(στ) Ενασχολήσεις

Αν οποιοδήποτε Προτεινόμενο για Ασφάλιση Πρόσωπο, ασχολείται ή σκοπεύει να ασχοληθεί με οποιασδήποτε μορφής επικίνδυνη ασχολία, θα πρέπει να δοθούν οι λεπτομέρειες στη παράγραφο «Επιπρόσθετες Λεπτομέρειες».

Επιπρόσθετες λεπτομέρειες για τις απαντήσεις στις ερωτήσεις (β) 1-9 και (γ)-(στ)

Όνοματεπώνυμο Προτεινόμενου προς Ασφάλιση προσώπου	Ερώτηση	Λεπτομέρειες

Όλα τα στοιχεία που είναι ουσιαστικά για την αξιολόγηση της δήλωσης αυτής πρέπει να αποκαλυφθούν στην Εταιρεία διότι, η μη αποκάλυψη τους, δύναται να δώσει αιτία για άρνηση πληρωμής απαιτήσεως. Ουσιαστικό γεγονός είναι εκείνο που ο ασφαλιστής θεωρεί σαν πιθανό να επηρεάσει την εκτίμηση και αποδοχή μιας αίτησης. Για οποιοδήποτε γεγονός είσατε σε αμφιβολία κατά πόσο είναι ουσιαστικό, πρέπει να δηλωθεί. Μπορείτε εάν επιθυμείτε να πάρετε φωτοτυπία της δήλωσης αυτής.

Σημαντικές Πληροφορίες

- Πρόθεση μας είναι η καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των πελατών μας. Για το λόγο αυτό, αν έχετε οποιοδήποτε παράπονο σε σχέση με τις υπηρεσίες μας κατά τη διαδικασία συμπλήρωσης της αίτησης σας ή και μετά, παρακαλούμε όπως αποταθείτε στο Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών μας, είτε γραπτώς είτε τηλεφωνικά στο **80008880**. Περισσότερες λεπτομέρειες για την Διαδικασία Παραπόνων μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα μας στο **www.eurolife.com.cy**. Ανεξάρτητα από τη Διαδικασία Εξέτασης Παραπόνων, έχετε το δικαίωμα προσφυγής στο Δικαστήριο.
- Βεβαιωθείτε ότι:
 - Το ιστορικό που μας έχετε δηλώσει είναι πλήρες και αληθές
 - Αν έχετε απαντήσει ΝΑΙ σε οποιαδήποτε ερώτηση, μας έχετε δώσει όλες τις λεπτομέρειες
 - Στο ιστορικό που μας έχετε δηλώσει, έχετε περιλάβει και οποιοδήποτε ιατρικό ιστορικό σας που σχετίζεται με απαιτήσεις και με αιτήσεις ασφάλισης που έχετε υποβάλει σε μας σε σχέση με άλλη ασφαλιστική σύμβαση που πιθανό να έχετε/είχατε μαζί μας.

Πρέπει να γνωρίζετε ότι όλα τα στοιχεία σας είναι ουσιαστικά για την αξιολόγηση της Αίτησης σας και πρέπει να μας δηλωθούν γραπτώς. Παράλειψη σας να δηλώσετε γραπτώς οποιεσδήποτε πληροφορίες είναι πιθανό να οδηγήσει στη μη πληρωμή απαίτησης σας και/ή στην ακύρωση της ασφαλιστικής σας σύμβασης ή επιπρόσθετου ωφελήματος ή την επιβολή ειδικών όρων. Για οποιοδήποτε γεγονός έχετε αμφιβολία κατά πόσο είναι ουσιαστικό, θα πρέπει να μας το δηλώσετε γραπτώς.

Προστασία Προσωπικών Δεδομένων

Δεσμευόμαστε να προστατεύουμε την ιδιωτικότητα σας και να χειριζόμαστε τα δεδομένα σας με ανοιχτό και διαφανή τρόπο. Λεπτομέρειες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα δεδομένα σας μπορείτε να βρείτε στη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων που διατίθεται στην ιστοσελίδα: www.eurolife.com.cy. Εάν δεν έχετε πρόσβαση στο διαδίκτυο, μπορούμε να σας προσφέρουμε ένα έντυπο αντίγραφο κατόπιν αιτήματός σας.

Δήλωση Μέλους

Δηλώνω/ουμε υπεύθυνα τα ακόλουθα:

- Όλες οι πιο πάνω δηλώσεις και απαντήσεις, εξ' όσων γνωρίζω και πιστεύω, είναι πλήρεις και αληθινές
- Έχω διαβάσει, κατανοήσει και αποδέχομαι όλες τις πληροφορίες που δίνονται στην παρούσα Αίτηση
- Έχω διαβάσει και κατανοήσει την πιο πάνω ενότητα Προστασία Προσωπικών Δεδομένων και έχω ενημερωθεί για τα δικαιώματά μου αναφορικά με την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων μου
- Με την υπογραφή μου πιο κάτω, δίνω τη ρητή συγκατάθεση μου για την επεξεργασία των Ευαίσθητων Δεδομένων μου, δηλαδή των δεδομένων που αφορούν την υγεία μου, από την Eurolife και σχετικούς αποδέκτες, με σκοπό την εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης για την οποία είμαι Προτεινόμενος για Ασφάλιση και για σκοπό τήρησης των όρων της εν λόγω Σύμβασης. Γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα να αποσύρω τη συγκατάθεση μου για την επεξεργασία τέτοιων δεδομένων όμως σε τέτοια περίπτωση, η Eurolife πιθανόν να έχει το δικαίωμα να μην αποδεχτεί την Αίτηση μου για Ασφάλιση, ή και να προχωρήσει στον τερματισμό της Ασφαλιστικής Σύμβασης ή την απόρριψη οποιασδήποτε απαίτησης ή αιτίας μου.

Συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των Προσωπικών μου Δεδομένων από την Eurolife για σκοπούς εμπορικής προώθησης και ενημέρωσης μου για οποιοδήποτε προϊόν, ασφαλιστικό πρόγραμμα και/ή υπηρεσία με οποιοδήποτε μέσο συμπεριλαμβανομένων και ηλεκτρονικών μέσων.

ΝΑΙ* ☐ ΟΧΙ* ☐

** Σε περίπτωση που έχετε δώσει τη συγκατάθεση σας για την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων σας από την Eurolife για σκοπούς εμπορικής προώθησης και ενημέρωσης, έχετε το δικαίωμα οποιαδήποτε στιγμή να αποσύρετε τη συγκατάθεση σας ή να φέρετε αντίρρηση στην κατάρτιση προφίλ που μπορεί να γίνει με σκοπό την εμπορική προώθηση. Για περισσότερες πληροφορίες για τα δικαιώματά σας σε σχέση με τα Προσωπικά σας Δεδομένα παρακαλούμε όπως δείτε την πιο πάνω ενότητα "Προστασία Προσωπικών Δεδομένων".*

Γλώσσα Επικοινωνίας: Ελληνικά ☐ Αγγλικά ☐

Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή Προτεινόμενων για Ασφάλιση*

* Υπογράφεται από τον Γονέα/Νόμιμο Κηδεμόνα οποιουδήποτε Προτεινόμενου για Ασφάλιση κάτω των 18 ετών

Τόπος και Ημερομηνία

Υπογραφή Ιδιοκτήτη της Σύμβασης

--

Τόπος και Ημερομηνία

--

Μαζί με την πρωτότυπη αίτηση να επισυναφθούν:

- Πιστοποιημένο αντίγραφο ταυτότητας ή διαβατηρίου για όλα τα μέλη
- Πιστοποιητικό IBAN (για την αποζημίωση μελλοντικών απαιτήσεων)