

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

- ☐ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΙΣΧΥ ΜΕ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ
 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΣ ΙΣΧΥΟΣ
☐ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΙΣΧΥ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

- ☐ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ
☐ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΣΘΗΚΗ/ΑΥΞΗΣΗ ΩΦΕΛΗΜΑΤΩΝ

1. Αριθμός Ασφαλιστηρίου						
2. Ονοματεπώνυμο Αιτητή						
3. Ημερομ. Γεννήσεως		ΥΨΟΣ		ΒΑΡΟΣ		
4. <u>1^ο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</u> <u>2^ο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</u>						
α. Περιγραφή Επαγγέλματος						
β. Εργοδότης και Δ/ση Εργοδότη						
γ. Εισόδημα των τελευταίων 12 μηνών						
δ. Πόσο καιρό εξασκείτε το παρόν επάγγελμα;						
5. ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ	Αρ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	ΥΨΟΣ	ΒΑΡΟΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΚΑΤΗ ΓΟΡΙΑ
Όνομα Συζύγου						
Όνομα Παιδιού						
Όνομα Παιδιού						
6. Απ' ότι γνωρίζετε εσείς και τα ανήλικα προτεινόμενα πρόσωπα για ασφάλιση βρίσκεστε σήμερα σε καλή κατάσταση υγείας χωρίς φυσικά ελαττώματα ή παραμορφώσεις;						
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ						
7. Έχετε εσείς ή τα ανήλικα προτεινόμενα πρόσωπα για ασφάλιση υποβάλει ποτέ αίτηση για ασφάλιση ζωής, ατυχήματος, ανικανότητας ή νοσοκομειακής περίθαλψης που έχουν απορριφθεί, ανασταλεί, ακυρωθεί, τροποποιηθεί, χρεώθηκαν με επασφάλιστρο ή δεν ανανεώθηκαν;						
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ						
8. Κατά την διάρκεια των 5 τελευταίων ετών έχετε εσείς ή τα ανήλικα προτεινόμενα πρόσωπα για ασφάλιση νοσηλευθεί ή συμβουλευτεί γιατρό;						
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ						
9. Απ' ότι γνωρίζετε είχατε ποτέ συμβουλευτεί εσείς ή τα ανήλικα προτεινόμενα για ασφάλιση πρόσωπα γιατρό ή έχετε ή είχατε ποτέ, διαβήτη, παθολογική πίεση αίματος, οποιαδήποτε ανωμαλία ή αρρώστια της καρδιάς, των πνευμόνων, της πλάτης ή της σπονδυλικής στήλης, νευρική ή διανοητική διαταραχή, καρκίνο ή οποιαδήποτε άλλη αρρώστια, ανωμαλία ή τραυματισμό;						
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ						
10. Σκέπτεστε εσείς ή τα ανήλικα προτεινόμενα για ασφάλιση πρόσωπα να αναλάβετε οποιοδήποτε επικίνδυνο εγχείρημα; (ανεμοπλοϊκή πτήση, υποβρύχια κατάδυση, πιλοτάρισμα αεροπλάνου, κάθοδο με αλεξίπτωτο, αγώνες ταχύτητας και άλλα;)						
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ						
11. Παίζετε ποδόσφαιρο;						
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Αν ναι σε ποια ομάδα ;						
12. Η αποζημίωση πρόσκαιρης ανικανότητας που ζητάτε απ' όλα τα ασφαλιστήρια συμβόλαια σας είναι μικρότερη ή ίση του 75 % του εισοδήματός σας;						
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ						
13. Ερωτήσεις σχετικές με το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)						
Α. Έχετε συμβουλευθεί γιατρό ή υποβληθεί σε θεραπεία σχετική με το AIDS ή με κάποια κατάσταση της υγείας σας πιθανώς σχετιζόμενη με το AIDS ή γενικότερα με ασθένεια που μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή;						
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ						
Β. Σας έχουν πει ότι είσαστε φορέας του AIDS;						
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ						
Γ. Έχετε οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα η αιτία των οποίων δεν μπορεί να ερμηνευθεί; Διάρροιες, διογκωμένους λεμφαδένες ή δερματικά εξανθήματα, μεγάλη καταβολή δυνάμεων, σημαντική απώλεια βάρους;						
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ						
14. Μόνο για γυναίκες. Είστε έγκυος;						
☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Αν ναι προσκομίστε ιατρική έκθεση από τον γυναικολόγο σας.						
Αν στην ερώτηση 6 απαντήσετε αρνητικά και στις 7 μέχρι 14 καταφατικά, παρακαλούμε αναφέρετε λεπτομέρειες δίνοντας πιο κάτω τον αριθμό της ερώτησης και το όνομα του προτεινόμενου για ασφάλιση, περιγραφή ιστορικού, όνομα γιατρού, κ.λ.π.:						
Ο ΠΕΡΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΝΟΜΟΣ 138 (1) 2001.						
Ο αντισυμβαλλόμενος και ο ασφαλισμένος, εφ' όσον είναι διαφορετικό πρόσωπο, έχουν δικαίωμα πρόσβασης στις πληροφορίες δεδομένων. Επίσης έχουν δικαίωμα να προβάλουν αντιρρήσεις ως προς την επεξεργασία των δεδομένων που τους αφορούν. Το δικαίωμα πρόσβασης ή προβολής αντιρρήσεων ασκείται με έγγραφο που αποστέλλεται αποδεδειγμένα στα κεντρικά γραφεία της Εταιρείας στην Λευκωσία. Όλες οι πληροφορίες που παρέχει ο αντισυμβαλλόμενος ή και ο ασφαλισμένος με την αίτηση για ασφάλιση χρησιμοποιούνται για το σκοπό της ενημερώσεως του για τα ασφαλιστικά προγράμματα και τις λοιπές υπηρεσίες που προσφέρει η Εταιρεία, είναι δε δυνατό να γνωστοποιηθούν σε άλλες συνεργαζόμενες με την Εταιρεία επιχειρήσεις με σκοπό την παροχή υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους της Εταιρείας. Σε περίπτωση άρνησης στη παροχή συγκατάθεσης ή αντίρρησης για επεξεργασία η Εταιρεία θα δικαιούται να μην αποδεχθεί την αίτηση αυτή. Γνωρίζω και συμφωνώ ότι καμία ασφαλιστική κάλυψη δεν παρέχεται αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από την Εταιρεία και δηλώνω υπεύθυνα ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθείς και θα αποτελέσουν την βάση για την επαναφορά σε ισχύ ή τροποποίηση του ασφαλιστηρίου. Επίσης εξουσιοδοτώ οποιοδήποτε γιατρό ή νοσοκομείο, ιδιωτική κλινική, Ασφαλιστική Εταιρεία, άλλο οργανισμό, ίδρυμα ή πρόσωπο, που έχει αποδείξεις ή γνωρίζει κάτι για μένα ή για οποιαδήποτε εξαρτώμενο μου προτεινόμενο για ασφάλιση, ή για την υγεία μας να δώσει στην MetLife Europe Limited ή τον αντιπρόσωπο της όλες τις πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένων και των πληροφοριών για την υγεία και το ιατρικό ιστορικό, νοσηλεία σε νοσοκομείο, ιατρική συμβουλή, θεραπεία, πάθηση ή ενόχληση. Το φωτοαντίγραφο αυτής της εξουσιοδοτήσεως έχει την ίδια ισχύ με το πρωτότυπό της. Με την αίτηση αυτή κατέβαλα €.....για την επαναφορά σε ισχύ ή μεταφορά του πιο πάνω αναφερόμενου ασφαλιστηρίου.						
Ημερομηνία						
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΜΑΡΤΥΡΑ		ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ		ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ		
UNDERWRITER'S DECISION						