

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ - ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΖΩΗΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ☐ Επαναφορά σε Ισχύ ☐ Προσθήκη Συμπληρωματικών Ωφελημάτων ☐ Αλλαγή Σχεδίου Ασφάλισης ☐ Αύξηση Κεφαλαίου	
Αριθμός Ασφαλιστηρίου	
ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ	
1. Α. Πλήρες Ονοματεπώνυμο Β. Ημερομηνία Γεννήσεως Γ. Τόπος Γεννήσεως Δ. Αρ. Ταυτότητας	
2. Α. Επάγγελμα (ακριβή καθήκοντα) (Να αναφερθεί και δεύτερο επάγγελμα, αν υπάρχει) Β. Ονομα και Διεύθυνση Εργοδότη	2. Α. Β.
3. Έχετε ή πρόκειται να έχετε κάποια σχέση με Α. Στρατιωτική ή Ναυτική Υπηρεσία; Β. Αεροπλοΐα ή Αεροπορία; Γ. Επικίνδυνες Δραστηριότητες;	3. Α. Β. Γ.
4. Α. Έχετε κάνει ή πρόκειται να κάνετε άλλη αίτηση για ασφάλεια ζωής; Β. Υποβάλατε αίτηση επίσημα ή ανεπίσημα, για νέα ασφάλεια, αλλαγή σχεδίου ασφάλειας ή επαναφορά σε ισχύ, που να απορρίφθηκε, αναβλήθηκε, αποσύρθηκε ή άλλαξε σε σχέση με το είδος, το ποσό ή το ασφαλιστρο, μετά από την ημερομηνία της αίτησής σας για το πιο πάνω συμβόλαιο; (Αν ναι, γράψτε το όνομα της Εταιρείας, την ημερομηνία και την αιτία απόρριψης κ.λ.π. των αιτήσεων.) Γ. Έχετε άλλη Ασφάλεια Ζωής ή Προσωπικών Ατυχημάτων/ Υγείας με την MetLife Europe Limited ;	4. Α. Β. Γ.
5. Μετά από την ημερομηνία της αίτησής για την έκδοση του πιο πάνω συμβολαίου: Α. Έχετε ασθενήσει ή τραυματισθεί; (Γράψτε ημερομηνίες και λεπτομέρειες) Β. Συμβουλευτήκατε γιατρό ή ακολουθήσατε θεραπεία για ασθένεια σωματικής ή διανοητικής κατάστασης; (Γράψτε ημερομηνίες και λεπτομέρειες) Γ. Νοσηλευτήκατε σε νοσοκομείο ή θεραπευτήριο; (Γράψτε ημερομηνίες και λεπτομέρειες) Δ. Έχετε κάνει ποτέ αναλύσεις αίματος; (Γράψτε ημερομηνίες, λεπτομέρειες και αποτελέσματα) Ε. Συνέβη στην οικογένειά σας θάνατος πατέρα, μητέρας, αδελφού, αδελφής; (Αν ναι γράψτε συγγένεια, ηλικία και αιτία θανάτου.)	5. Α. Β. Δ. Ε.
6. Α. Από ότι ξέρετε και πιστεύετε είσατε σε καλή κατάσταση υγείας; Β. Έχετε πρόθεση να συμβουλευτείτε γιατρό ή να υποβληθείτε σε ιατρικές εξετάσεις;	6. Α. Β.
7. 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; Σας έχουν πει ότι είσατε φορέας του AIDS; Β. Έχετε οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα η αιτία των οποίων δεν μπορεί να ερμηνευθεί; Διάρροιες, διογκωμένους λεμφαδόνες ή δερματικά εξανθήματα, μεγάλη καταβολή δυνάμεων, σημαντική απώλεια βάρους.	7. Α. Β.
8. Α. Δηλώστε ημερήσια κατανάλωση καπνού / οινόπνευματος. Β. Ύψος/ Βάρος.	8. Α. Β.
9. (Μόνο για γυναίκες)Είστε έγκυος; Αν ναι προσκομίστε ιατρική έκθεση από τον γυναικολόγο σας.	9.
10. Κάνετε συχνά ταξίδια στο εξωτερικό; Αναφέρατε χώρες και συχνότητα.	10.
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 ενημέρωσής 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. Με αυτή την δήλωση, δέχομαι για λογαριασμό μου και για λογαριασμό οποιουδήποτε προσώπου που θα έχει ή θα απαιτεί δικαίωμα στο συμβόλαιο που ο αριθμός του αναφέρεται πιο πάνω (1) ότι όλες οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις και αληθινές (2) να ληφθούν σαν βάση για την επαναφορά σε ισχύ, μετατροπή ή προσθήκη οποιασδήποτε ασφάλειας. (3) Ότι αυτή η επαναφορά σε ισχύ, μετατροπή ή προσθήκη δεν θα θεωρείται ότι έγινε επειδή κατατέθηκαν χρήματα για την ολική πληρωμή οποιουδήποτε ποσού που οφείλεται μέχρις ότου αυτή η αίτηση γίνει αποδεκτή σύμφωνα με τους κανονισμούς της Εταιρείας. (4) Ότι η είσπραξη, κράτηση, κατάθεση ή εξόφληση οποιασδήποτε πληρωμής ή διακανονισμού τέτοιας μορφής, από την Εταιρεία ή από αντιπρόσωπο της δεν θα σημαίνει αποδοχή της αιτήσεώς μου αυτής ούτε θα επηρεάζει τον όρο (3). Αποδέχομαι ότι σε περίπτωση που το συμβόλαιο επανατεθεί σε ισχύ ή τροποποιηθεί έτσι ώστε να αυξάνεται ο κίνδυνος, θα είναι μαχητό. Αποδέχομαι ότι το συμβόλαιο θα καταστεί αδιαφιλονίκητο αν καταβάλλονται τα ασφαλιστρα του και να παραμείνει σε ισχύ, (με την προϋπόθεση ότι ο ασφαλισμένος βρίσκεται στη ζωή) για δύο συνεχή πλήρη έτη μετά από αυτή την αίτηση. Επίσης εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε 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 μετατροπή του πιο πάνω αναφερόμενου ασφαλιστηρίου.	
Υπογραφή Μάρτυρα / Ασφαλιστικού Συμβούλου	Υπογραφή Ασφαλισμένου
ΑΠΟΦΑΣΗ UNDERWRITER	