

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ - ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΖΩΗΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ		<input type="checkbox"/> Επαναφορά σε Ισχύ	<input type="checkbox"/> Προσθήκη Συμπληρωματικών Ωφελημάτων
		<input type="checkbox"/> Αλλαγή Σχεδίου Ασφάλισης	<input type="checkbox"/> Αύξηση Κεφαλαίου
Αριθμός Ασφαλιστηρίου			
ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ			
1. Α. Πλήρες Ονοματεπώνυμο		B. Ημερομηνία Γεννήσεως	
Γ. Τόπος Γεννήσεως		Δ. Αρ. Ταυτότητας	
2. Α. Επάγγελμα (ακριβή καθήκοντα) (Να αναφερθεί και δεύτερο επάγγελμα, αν υπάρχει) B. Όνομα και Διεύθυνση Εργοδότη		2. Α. B.	
3. Έχετε ή πρόκειται να έχετε κάποια σχέση με A. Στρατιωτική ή Ναυτική Υπηρεσία; B. Αεροπλοΐα ή Αεροπορία; Γ. Επικίνδυνες Δραστηριότητες;		3. Α. B. Γ.	
4. Α. Έχετε κάνει ή πρόκειται να κάνετε άλλη αίτηση για ασφάλεια ζωής; B. 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 ασφάλιστρο, 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 d.a.c. ;		4. Α. B. Γ.	
5. Μετά από την ημερομηνία της αίτησης για την έκδοση του πιο πάνω συμβολαίου: A. Έχετε ασθενήσει ή τραυματισθεί; (Γράψτε ημερομηνίες και λεπτομέρειες) B. 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) E. Συνέβη στην οικογένειά σας θάνατος πατέρα, μητέρας, αδελφού, αδελφής; (Αν ναι γράψτε συγγένεια, ηλικία και αιτία θανάτου.)		5. Α. B. Γ. Δ. E.	
6. Α. Από ότι ξέρετε και πιστεύετε είσαστε σε καλή κατάσταση υγείας; B. Έχετε πρόθεση να συμβουλευτείτε γιατρό ή να υποβληθείτε σε ιατρικές εξετάσεις;		6. Α. B.	
7. Ερωτήσεις σχετικές με το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS): A. 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 είσαστε φορέας του AIDS; B. 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.		7. Α. B.	
8. Α. Δηλώστε ημερήσια κατανάλωση καπνού / οινόπνευματος. B. Ύψος/ Βάρος.		8. Α. B.	
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.	
<p>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).</p> <p>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 ασφάλιστρα 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.</p> <p>Με την αίτηση αυτή κατέβαλα €..... για την επαναφορά σε ισχύ, ή μετατροπή του πιο πάνω αναφερόμενου ασφαλιστηρίου.</p>			
Υπογραφή Μάρτυρα / Ασφαλιστικού Συμβούλου		Ημερομηνία	Υπογραφή Ασφαλισμένου
ΑΠΟΦΑΣΗ UNDERWRITER			

Συγκατάθεση για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς.

Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς:

1. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας και να διαχειριστούμε το ασφαλιστήριο συμβόλαιο σας αναλόγως σε περίπτωση που αυτή εγκριθεί, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε παράσχει ή που μπορεί να ζητηθεί να παράσχετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε παράσχει ή πιθανόν να παράσχετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της αίτησής σας καθώς και διαχείριση του ασφαλιστηρίου σας.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεση σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας ή, σε περίπτωση που την έχουμε ήδη εγκρίνει, δεν θα είμαστε πλέον σε θέση να διαχειριστούμε το ασφαλιστήριο σας και αυτό θα θεωρείται ότι έχει ακυρωθεί. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Περισσότερες πληροφορίες

Η πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μας η οποία αναφέρει με περισσότερη λεπτομέρεια τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα και τα δικαιώματά σας σε σχέση με τη χρήση αυτή εσωκλείεται και είναι επίσης διαθέσιμη στο www.metlife.com.cy.

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων σημειώνοντας το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

.....
Όνομα ασφαλισμένου

.....
Υπογραφή

Συγκατάθεση για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Αντισυμβαλλόμενος / Αιτητής

(αν είναι άλλος από τον Ασφαλισμένο / Προτεινόμενο ασφαλισμένο)

Σημείωση: Εάν αυτή η συγκατάθεση αφορά σε ανήλικο, αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί από τον γονέα ή άλλο άτομο που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού. Οι αναφορές στα "δεδομένα για την υγεία σας", "δεδομένα υγείας μου" και παρόμοιες αναφορές πρέπει να διαβάζονται ως αναφορές στα δεδομένα υγείας του ανηλίκου.

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς.

Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς:

1. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας και να διαχειριστούμε το ασφαλιστήριο συμβόλαιο από το (θα) οποίο καλύπτεστε αναλόγως σε περίπτωση που αυτή εγκριθεί, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε παράσχει ή που μπορεί να ζητηθείτε να παράσχετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε παράσχει ή πιθανόν να παράσχετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούν τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της αίτησής σας καθώς και διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας ή, σε περίπτωση που την έχουμε ήδη εγκρίνει, δεν θα είμαστε πλέον σε θέση να διαχειριστούμε την κάλυψη σας κάτω από το ασφαλιστήριο και αυτή θα θεωρείται ότι έχει ακυρωθεί. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Περισσότερες πληροφορίες

Η πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μας η οποία αναφέρει με περισσότερη λεπτομέρεια τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα και τα δικαιώματά σας σε σχέση με τη χρήση αυτή εσωκλείεται και είναι επίσης διαθέσιμη στο www.metlife.com.cy.

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων σημειώνοντας το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

.....
Όνομα Αντισυμβαλλόμενου / Αιτητή

.....
Υπογραφή