

Διεθνές Σχέδιο Υγείας MultiCare

Αίτηση συμμετοχής

Παρακαλούμε συμπληρώστε το έντυπο αυτό με Κεφαλαίους Χαρακτήρες και σημειώνοντας τα αντίστοιχα πλαίσια. Είναι σημαντικό να παρέχετε τα παρακάτω στοιχεία προκειμένου να αξιολογήσουμε κατάλληλα την αίτηση σας. Ως εκ τούτου, εάν δεν απαντήσετε στις ερωτήσεις, θα θεωρήσουμε ότι δεν έχετε τίποτε να δηλώσετε. **Η αίτηση αυτή θα πρέπει να συμπληρωθεί από εσάς με τον προσωπικό σας γραφικό χαρακτήρα. Αν χρειαστεί να κάνετε κάποια διόρθωση, παρακαλούμε όπως την μονογράψετε.**

Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή
Όνοματεπώνυμο ολογράφως
Κωδικός Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή
Για σκοπούς παραγωγής, συστήθηκε από

1. Προσωπικά στοιχεία κυρίως ασφαλιζομένου (Κάτοχος ασφαλιστηρίου) (παρακαλούμε όπως μας κρατάτε ενήμερους για οποιαδήποτε αλλαγή διεύθυνσης)

Τίτλος	Επώνυμο	Πλήρης όνομα
Μόνιμη διεύθυνση κατοικίας		
Διεύθυνση αλληλογραφίας (Δηλώστε διεύθυνση αλληλογραφίας μόνο εάν επιθυμείτε να παραλαμβάνετε την αλληλογραφία σας σε άλλη διεύθυνση από αυτή της μόνιμης κατοικίας)		
Δηλώστε εάν επιθυμείτε η Διεύθυνση Αλληλογραφίας να εφαρμοστεί για όλα τα ασφαλιστήρια που έχετε με την Εταιρεία μας ή μόνο σε αυτό το ασφαλιστήριο. Για όλα τα Ασφαλιστήρια <input type="checkbox"/> Μόνο για αυτό το Ασφαλιστήριο <input type="checkbox"/>		
Ημερομηνία γέννησης	<input type="text" value="H"/> <input type="text" value="H"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text" value="E"/>	Αριθμός ταυτότητας/Διαβατηρίου
Αριθμός τηλεφώνου	Αριθμός κινητού τηλεφώνου	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	Επάγγελμα	
Επωνυμία εταιρείας/εργοδότη (σε περίπτωση ομαδικού σχεδίου)	Υπηκοότητα	
Χώρα όπου διαμένετε το μεγαλύτερο μέρος του έτους	Γλώσσα Αλληλογραφίας Ελληνικά <input type="checkbox"/> Αγγλικά <input type="checkbox"/>	Παρακαλούμε αναγράψετε το ονοματεπώνυμό σας στα Αγγλικά

2. Το σχέδιο της επιλογής σας

Η κάλυψη θα αρχίσει από την ημερομηνία που εμφανίζεται στην Κατάσταση Συμμετοχής σας, νοουμένου ότι η αίτηση συμμετοχής σας έχει παραληφθεί και έγινε αποδεκτή από εμάς.

Επιλέξτε το είδος του σχεδίου, το επίπεδο κάλυψης και την ζώνη που θέλετε και σημειώστε τα αντίστοιχα πλαίσια.

Σχέδιο	Premiere <input type="checkbox"/> Value Plus <input type="checkbox"/> *SmartStart <input type="checkbox"/> *Student Care <input type="checkbox"/> *(δεν διατίθεται για εταιρείες)
Επίπεδο Κάλυψης	**Βασική <input type="checkbox"/> **Η επιλογή της Βασικής κάλυψης δεν προσφέρεται στο SmartStart Ευρεία <input type="checkbox"/>
Προαιρετικό αφαιρετό ποσό Διαθέσιμο στην Βασική Κάλυψη στα σχέδια Premiere και Value Plus μόνο	Κανένα <input type="checkbox"/> €1,000 <input type="checkbox"/> €2,500 <input type="checkbox"/> €5,000 <input type="checkbox"/>
Ζώνη	1: Παγκόσμια <input type="checkbox"/> 2: Παγκόσμια εξαιρουμένων των Η.Π.Α, Καναδά και Ελβετίας <input type="checkbox"/>
Προαιρετικό Πακέτο Ωφελημάτων	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Είναι διαθέσιμο μόνο αν έχετε επιλέξει το σχέδιο Premiere με επίπεδο κάλυψης Ευρεία
Πρόσθετο Εξωνοσοκομειακό Πακέτο	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Είναι διαθέσιμο μόνο αν έχετε επιλέξει το σχέδιο Premiere ή Value Plus με επίπεδο κάλυψης Βασική
Student Care Επιθυμώ να πληρώνω:	Χωρίς αφαιρετό <input type="checkbox"/> Αφαιρετό €85 <input type="checkbox"/> Αφαιρετό €170 <input type="checkbox"/> (Αφαιρετό ποσό ανά έτος. Επιλέξτε ένα πλαίσιο μόνο)

3. Οποιοσδήποτε υφιστάμενος ή προηγούμενος αριθμός συμμετοχής

Αν υπηρξατε ποτέ μέλος ή είχατε κάνει αίτηση για να γίνετε μέλος κάποιου σχεδίου της Universal Life ή AXA Health / AXA PPP healthcare, θα πρέπει να το δηλώσετε.

Universal Life <input type="checkbox"/> AXA Health / AXA PPP healthcare <input type="checkbox"/>	Αριθμός:
--	----------

4. Πληρωμή του Ασφαλιστή σας

Συχνότητα και τρόπος πληρωμής (δεν ισχύει για μέλη ομαδικού σχεδίου) - ο αριθμός συμβολαίου για τραπεζικές μεταφορές πρέπει να αναφέρεται πάντα.

Παρακαλούμε επιλέξτε ότι εφαρμόζεται

Ετησίως <input type="checkbox"/>	Μηνιαίως <input type="checkbox"/>	Επιταγή/Τραπεζική επιταγή <input type="checkbox"/>	Αυτόματη Τραπεζική εντολή <input type="checkbox"/>
(μόνο για ετήσια πληρωμή)			

5. Άλλα μέλη της οικογένειας που προτείνονται για κάλυψη

Παρακαλώ συμπληρώστε τα πιο κάτω εκ μέρους όλων των εξαρτώμενων μελών για τους οποίους επιθυμείτε κάλυψη.

Τίτλος	Όνοματεπώνυμο στα Ελληνικά	Όνοματεπώνυμο στα Αγγλικά
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)	Επάγγελμα	Ημερομηνία Γέννησης <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου	Υψηκότητα	Διαμένει
Τίτλος	Όνοματεπώνυμο στα Ελληνικά	Όνοματεπώνυμο στα Αγγλικά
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)	Επάγγελμα	Ημερομηνία Γέννησης <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου	Υψηκότητα	Διαμένει
Τίτλος	Όνοματεπώνυμο στα Ελληνικά	Όνοματεπώνυμο στα Αγγλικά
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)	Επάγγελμα	Ημερομηνία Γέννησης <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου	Υψηκότητα	Διαμένει
Τίτλος	Όνοματεπώνυμο στα Ελληνικά	Όνοματεπώνυμο στα Αγγλικά
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)	Επάγγελμα	Ημερομηνία Γέννησης <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου	Υψηκότητα	Διαμένει

Για περισσότερα μέλη της οικογένειας σας, παρακαλούμε συνεχίστε σε ξεχωριστή αίτηση συμμετοχής αν χρειάζεται.

6. Απόρρητο Ιατρικό Ιστορικό (Οι δηλώσεις θα γράφονται ιδιοχείρως πάνω στην αίτηση αυτή. Προφορικές δηλώσεις ΔΕΝ θα γίνονται αποδεκτές)

Παρακαλούμε σημειώστε: (i) ΔΕΝ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΚΑΜΙΑ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΕΚΔΗΛΩΘΗΚΕ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ Ή Η ΟΠΟΙΑ ΗΤΑΝ ΔΥΝΑΤΟΝ ΝΑ ΠΡΟΒΛΕΦΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΤΙΓΜΗ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ, εκτός αν αυτή έχει δηλωθεί γραπτώς και έχει γίνει αποδεκτή από την Universal Life. (ii) Αν δεν ενημερωθεί η Universal Life για κάποια ιατρική κατάσταση, ενδέχεται να απορριφθεί σχετική αίτηση για καταβολή ωφελγημάτων ή να τροποποιηθεί η τερματιστεί η κάλυψη. Αν έχετε αμφιβολίες για οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση, θα πρέπει να τη δηλώσετε.

Παρακαλούμε όπως βεβαιωθείτε ότι αναφέρατε πλήρως όλες τις γνωστές ή πιθανές ιατρικές καταστάσεις και τυχόν συμπτώματα που εκδηλώθηκαν για όλους όσους συμπεριλαμβάνονται στο μέρος 5 αυτής της αίτησης. Αυτό ισχύει ακόμη και αν το πρόσωπο αυτό, δεν ζήτησε ιατρική συμβουλή ή θεραπεία, και ανεξάρτητα από το εάν έγινε κάποια διάγνωση. Πρέπει να δηλώσετε όλες τις καταστάσεις από τις οποίες τυχόν πάσχατε εσείς ή/και κάποιο μέλος που αναγράφεται στο μέρος 5, οποιαδήποτε στιγμή της ζωής σας/ τους και οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν την μελλοντική σας/τους υγεία. Αν έχετε αμφιβολίες κατά πόσο κάποια κατάσταση θα πρέπει να αναφερθεί στην αίτηση αυτή, θα πρέπει να τη δηλώσετε καλή τη πίστη. Θα θεωρούσαμε οποιαδήποτε τέτοια κατάσταση ως Προϋπάρχουσα.

Μέρος Α Πρέπει να δηλώσετε το ιατρικό σας ιστορικό ή/και το ιατρικό ιστορικό οικογενειακού μέλους ακόμη και αν ήσασταν/ήταν ασφαλισμένοι μαζί μας ή με άλλη εταιρεία στο παρελθόν.

Παρακαλώ συμπληρώστε το Μέρος Α και Β όσον αφορά εσάς και όλα τα εξαρτώμενά σας.

Απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις, οι οποίες ισχύουν για το κάθε ένα από τα πρόσωπα που αναφέρονται. Απαντήστε την κάθε ερώτηση σημειώνοντας καθαρά ένα από τα αντίστοιχα πλαίσια Ναι/Όχι και συμπληρώνοντας τα στοιχεία όπου απαιτείται.	Αιτών/ούσα		1 ^ο μέλος οικογ.		2 ^ο μέλος οικογ.		3 ^ο μέλος οικογ.		4 ^ο μέλος οικογ.	
	Όνομα	Όνομα	Όνομα	Όνομα	Όνομα	Όνομα	Όνομα	Όνομα	Όνομα	Όνομα
1. Νοσηλευτήκατε σε νοσοκομείο ή κλινική ή είχατε κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα κατά τα τελευταία πέντε χρόνια;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
2. Συμβουλευτήκατε ειδικό/ιατρό ή υποβλήθηκατε σε οποιοδήποτε είδους διαγνωστικό έλεγχο υγείας κατά τα τελευταία πέντε χρόνια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Είχατε αντιληφθεί οποιαδήποτε συμπτώματα χωρίς όμως να συμβουλευτείτε ιατρό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Συμβουλευτήκατε ιατρό και/ή σας δόθηκαν φάρμακα κατόπιν συνταγής ή άλλη θεραπεία κατά τα τελευταία δύο χρόνια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Υπάρχει κάποια χρόνια/μακροπρόθεσμη ιατρική ή οδοντιατρική κατάσταση ή υπάρχει οποιαδήποτε άλλη αναπηρία, αφύσικη κατάσταση ή επανεμφανιζόμενη ασθένεια ή τραυματισμός;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Υπάρχει κάποια γνωστή ή προβλέψιμη ανάγκη επίσκεψης σε ιατρό ή άλλο ιατρικό προμηθευτή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Σημειώστε Ναι αν: το νεογέννητο βρέφος το οποίο θα προστεθεί στο ασφαλιστήριο έχει γεννηθεί με τη χρήση μεθόδου υποβοηθούμενης σύλληψης και η γέννηση είναι πολλαπλή ή αν έχει υιοθετηθεί. Αν Ναι, σημειώστε το ιατρικό ιστορικό του παιδιού στο Μέρος Β.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Έχετε εσείς ή κάποιο εξαρτώμενό σας που αναγράφεται στο μέρος 5, υποφέρει από οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση ή/και υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, κατά τη διάρκεια της ζωής σας/τους, που μπορεί να επηρεάσει την υγεία σας/τους στο μέλλον;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Παρακαλούμε σημειώστε το σημερινό ύψος σε μέτρα και το βάρος σε κιλά για εσάς και το κάθε μέλος που αναγράφεται στο μέρος 5.	..... m	..... kg	..... m	..... kg	..... m	..... kg	..... m	..... kg	..... m	..... kg

Επιφύλασμάς του δικαιώματός μας να ζητήσουμε Έκθεση Ιατρικής Εξέτασης (MER) από οποιονδήποτε από τους αιτούντες ο οποίος έπαυσε από κάποια ιατρική κατάσταση γνωστή σε εμάς, η οποία όμως δεν δηλώθηκε στην αίτηση αυτή, καθώς και να αρνηθούμε την κάλυψη για την συγκεκριμένη μη δηλωθείσα ιατρική κατάσταση, εφόσον αυτή επιβεβαιωθεί από την Έκθεση Ιατρικής Εξέτασης. Ζητούμε Έκθεση Ιατρικής Εξέτασης για ορισμένες άλλες κατηγορίες αιτούντων και, εφόσον μας ζητηθεί, μπορούμε να σας διαθέσουμε ένα αντίγραφο της πολιτικής που εφαρμόζουμε σχετικά με το θέμα αυτό.

Μέρος Β (Παρακαλούμε συνεχίστε σε ξεχωριστή αίτηση συμμετοχής αν χρειάζεται)

Το μέρος αυτό πρέπει να συμπληρωθεί αν απαντήσατε στις ερωτήσεις του Μέρους Α με 'Ναί'. Παρακαλούμε δηλώστε όλες τις ιατρικές καταστάσεις (ή τα αδιάγνωστα συμπτώματα) τις οποίες αφορούν αυτές οι απαντήσεις. Χρησιμοποιήστε το μέρος 3 για να τις αναφέρετε ξεχωριστά και αναγράψτε επίσης τις επιπλέον λεπτομερείς πληροφορίες που απαιτούνται στα μέρη 4 έως 6.

1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς	2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α	1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς	2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α
3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπείας που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε Μήνας Έτος Διάρκεια	3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπείας που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε Μήνας Έτος Διάρκεια
5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας	5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας
1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς	2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α	1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς	2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α
3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπείας που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε Μήνας Έτος Διάρκεια	3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπείας που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε Μήνας Έτος Διάρκεια
5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας	5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας
1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς	2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α	1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς	2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α
3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπείας που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε Μήνας Έτος Διάρκεια	3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπείας που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε Μήνας Έτος Διάρκεια
5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας	5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας

7. Υπογραφή και Δήλωση Κυρίως Ασφαλισμένου και Ενήλικων Εξαρτώμενων

Με την υπογραφή του πιο κάτω, ο Κυρίως Ασφαλισμένος συμφωνεί με τις πιο κάτω δηλώσεις εκ μέρους του/της ή/και για τυχόν ανήλικα και ενήλικα εξαρτώμενα πρόσωπα για τα οποία έχει υποβάλει αίτηση για κάλυψη.

Κάθε ενήλικος εξαρτώμενος για τον οποίο έχει υποβληθεί αίτηση για κάλυψη θα πρέπει επίσης να υπογράψει και να δηλώσει τη συμφωνία του με τις πιο κάτω δηλώσεις.

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι εγώ όσο γνωρίζω και πιστεύω οι δηλώσεις σε αυτή την αίτηση είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Καταλαβαίνω ότι εάν δεν παρέχω τις πληροφορίες που ζητούνται σε αυτή την αίτηση, οποιαδήποτε απαίτηση για ωφελήματα μπορεί να απορριφθεί ή/και η κάλυψή μου βάσει αυτού του ασφαλιστηρίου μπορεί να τροποποιηθεί ή να τερματιστεί.

Επιβεβαιώνω ότι θα αναγνώσω τη συμφωνία συμμετοχής του Σχεδίου Υγείας MultiCare της Universal Life όταν την παραλάβω και ότι συμφωνώ να δεσμευτώ από αυτήν.

Κατανόω ότι τα προσωπικά μου στοιχεία θα υποβληθούν σε επεξεργασία σύμφωνα με τη δήλωση προστασίας δεδομένων πιο κάτω. Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει αυτή τη δήλωση προστασίας δεδομένων και αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των προσωπικών μου στοιχείων είναι απαραίτητη για τη διαχείριση και την εκτέλεση του ασφαλιστηρίου.

Συμφωνώ ότι η αποδοχή αυτής της αίτησης θα γίνει με βάση αυτές τις δηλώσεις.

Υπογραφή Κυρίως Ασφαλισμένου	Όνομα Ολογράφως	Ημερομηνία
Υπογραφή Ενήλικων Εξαρτώμενων	Όνομα Ολογράφως	

Παρακαλούμε σημειώστε: Σας συνιστούμε να κρατήσετε το αρχείο των πληροφοριών που παρέχονται σε σχέση με την αίτηση αυτή, συμπεριλαμβανομένων και των επιστολών που θα μας αποστείλετε. Αν επιθυμείτε ένα αντίγραφο της αίτησης αυτής, ενημερώστε μας σχετικά εντός 90 ημερών. Αφού συμπληρώσετε αυτήν την αίτηση συμμετοχής και υπογράψετε την δήλωση, στείλτε την αίτησή σας στη διεύθυνση:

Τμήμα Διαχείρισης Ασφαλιστηρίων MultiCare, Universal Life, Τ.Θ 21270, 1505 Λευκωσία, Κύπρος.

8. Δήλωση Προστασίας Δεδομένων και Συγκατάθεση για την Επεξεργασία Ειδικών Κατηγοριών Δεδομένων

Η Universal Life Insurance Public Co Limited (εφεξής καλούμενη «εμείς», «εμάς» ή «μας» αντίστοιχα), είναι αδειοδοτημένη ασφαλιστική εταιρεία με αριθμό εγγραφής HE2895 και το εγγεγραμμένο γραφείο της βρίσκεται στην Λεωφόρο Διγενή Ακρίτα 85, 1070 Λευκωσία. Η δήλωση προστασίας δεδομένων που παρατίθεται πιο κάτω, παρέχεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων της ΕΕ Κανονισμός 2016/679 (εφεξής «ΓΚΠΔ»), και του Νόμου για την Προστασία των Φυσικών Προσώπων έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών (125(I)/2018) και τυχόν κατά καιρούς τροποποιήσεις (εφεξής κοινώς «Νόμος»).

Η δήλωση προστασίας δεδομένων ισχύει για κάθε φυσικό πρόσωπο του οποίου οι πληροφορίες παρέχονται σε αυτή τη αίτηση για σκοπούς παροχής ασφαλιστικής κάλυψης και η αναφορά μας σε «εσείς» ή «σας» περιλαμβάνει αναφορά στον Κυρίως Ασφαλισμένο και στα ανήλικα ή/και ενήλικα εξαρτώμενα άτομα για τα οποία ζητείται κάλυψη. Ακολουθεί μια σύντομη επισκόπηση του τρόπου συλλογής των προσωπικών δεδομένων και πως αυτά επεξεργάζονται. Περισσότερες λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας μπορείτε να βρείτε στην πλήρη δήλωση προστασίας δεδομένων που είναι διαθέσιμη στον ιστότοπό μας στη διεύθυνση www.universallife.com.cy.

Μπορούμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι τα προσωπικά σας στοιχεία είναι υψίστης σημασίας για εμάς και δεσμευόμαστε να εξασφαλίσουμε την προστασία τους.

8. Δήλωση Προστασίας Δεδομένων και Συγκατάθεση για την Επεξεργασία Ειδικών Κατηγοριών Δεδομένων *συνέχεια*

Ορισμοί

«προσωπικά δεδομένα» ή «προσωπικά σας στοιχεία» σημαίνει κάθε πληροφορία που σχετίζεται με εσάς όσο είστε εν ζωή.

«επεξεργασία» ή «επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» σημαίνει οποιαδήποτε εργασία ή σειρά εργασιών που λαμβάνει χώρα με ή χωρίς τη χρήση αυτοματοποιημένων μεθόδων και εφαρμόζεται σε προσωπικά δεδομένα, και περιλαμβάνει τη συλλογή, καταγραφή, οργάνωση, διατήρηση, αποθήκευση, τροποποίηση, εξαγωγή, χρήση, μετάδοση, διάδοση ή οποιαδήποτε άλλη μορφή διάθεσης, συσχέτισης ή συνδυασμού, διασύνδεσης, μπλοκάριασμα, διαγραφή ή καταστροφή.

Κατηγορίες Προσωπικών Δεδομένων

Επεξεργαζόμαστε τις ακόλουθες κατηγορίες προσωπικών δεδομένων: γενικά προσωπικά δεδομένα, όπως τα στοιχεία επικοινωνίας και τα στοιχεία ταυτότητάς σας, και ειδικές κατηγορίες δεδομένων, συγκεκριμένα δεδομένα που αφορούν την υγεία σας.

Πώς συλλέγουμε τα προσωπικά σας δεδομένα

Συλλέγουμε τα προσωπικά δεδομένα από εσάς και από ορισμένα τρίτα μέρη που έχετε εξουσιοδοτήσει να μας παρέχουν πληροφορίες (π.χ. ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής σας, πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης).

Νομική Βάση και Σκοπός Επεξεργασίας

Θα επεξεργαστούμε τα προσωπικά δεδομένα σας για έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους σκοπούς:

- Εκτέλεση ασφαλιστηρίου συμβολαίου («το ασφαλιστήριο») που περιλαμβάνει, την έκδοση και διαχείριση του ασφαλιστηρίου, καθώς και την εκτέλεση αιτημάτων από τον ιδιοκτήτη του ασφαλιστηρίου.
- Η συμμόρφωσή μας με νομική υποχρέωση, όπου η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων πραγματοποιείται για σκοπούς συμμόρφωσης με υποχρεώσεις που απορρέουν από το νομικό πλαίσιο που μας διέπει (π.χ. συμμόρφωση με τους κανονισμούς κυρώσεων).
- Εάν η επεξεργασία είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση των έννομων συμφερόντων μας ή τρίτων μερών, όταν αυτό δεν επηρεάζει αρνητικά τα δικαιώματά σας (π.χ. έρευνα και στατιστικές αναλύσεις, μέτρα για τη διασφάλιση της ασφάλειας των συστημάτων και της περιουσίας μας ή για την πρόληψη εγκληματικών ή κακόβουλων πράξεων ή παραβάσεων).
- Εάν έχετε δώσει τη συγκεκριμένη συγκατάθεσή σας για μια τέτοια επεξεργασία, π.χ. για την επεξεργασία δεδομένων που αφορούν την υγεία σας ή για σκοπούς προώθησης των προϊόντων μας, συμβολαίων ή υπηρεσιών.

Εμπιστευτικότητα και Ασφάλεια Επεξεργασίας

Σας διαβεβαιώνουμε ότι λαμβάνουμε όλα τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα για την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων και την προστασία από τυχαία ή παράνομη καταστροφή, τυχαία απώλεια, τροποποίηση, μη εξουσιοδοτημένη διάδοση ή πρόσβαση και οποιαδήποτε άλλη μορφή παράνομης επεξεργασίας.

Διατήρηση Προσωπικών Δεδομένων

Επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά δεδομένα για όσο διάστημα το ασφαλιστήριο παραμένει σε ισχύ. Με τον τερματισμό του ασφαλιστηρίου, θα διατηρήσουμε τα προσωπικά σας στοιχεία για περαιτέρω χρονική περίοδο όπως έχει οριστεί στην πλήρη δήλωση προστασίας δεδομένων που είναι διαθέσιμη στον ιστότοπό μας www.universallife.com.cy

Παραλήπτες και Διαβίβαση Προσωπικών Δεδομένων στο Εξωτερικό

Οι αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων είναι το εξουσιοδοτημένο προσωπικό μας ή/και οποιοδήποτε τρίτο μέρος που έχει συμφωνία συνεργασίας μαζί μας για την παροχή σχετικών υπηρεσιών, και διατηρεί ικανοποιητικά επίπεδα απορρήτου προστασίας και ασφάλειας επεξεργασίας. Αποδέκτες μπορεί επίσης να είναι γιατροί που έχουν εξετάσει ή θα σας εξετάσουν για τους σκοπούς αυτής της αίτησης, ο ασφαλιστικός σας διαμεσολαβητής ο οποίος έχει συμφωνία συνεργασίας μαζί μας, και το αρμόδιο προσωπικό οποιασδήποτε αντασφαλιστικής εταιρείας η οποία έχει συμφωνία συνεργασίας μαζί μας. Για ενήλικα εξαρτώμενα άτομα για τα οποία ο Κυρίως Ασφαλισμένος έχει υποβάλει αίτηση για κάλυψη, ο παραλήπτης των προσωπικών σας στοιχείων είναι επίσης ο Κυρίως Ασφαλισμένος.

Για την παροχή και διαχείριση αυτού του συμβολαίου, συνεργαζόμαστε και υποστηρίζουμε από την AXA Global Healthcare Group. Ως εκ τούτου, αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων είναι επίσης και ικανό προσωπικό του Ομίλου AXA Global Healthcare, ο οποίος αποτελείται από την AXA Global Healthcare (UK) Limited και τις θυγατρικές της ανά το παγκόσμιο (εφεξής «Ομίλος AXA»). Οποιαδήποτε δεδομένα διαβιβάζονται εντός του Ομίλου AXA, γίνεται σύμφωνα με τις απαιτήσεις του ΓΚΠΔ.

Οποιαδήποτε περαιτέρω διαβίβαση των προσωπικών σας στοιχείων εκτός ΕΕ, γίνεται σύμφωνα με το Νόμο και εφαρμόζονται ειδικές δικλίδες ασφαλείας ώστε να διασφαλιστεί ότι η προστασία που προβλέπει ο Νόμος, μεταφέρεται με αυτά τα δεδομένα.

Αυτοματοποιημένη Λήψη Αποφάσεων και Κατάρτιση Προφίλ

Προς το παρόν και για τους σκοπούς της εφαρμογής του ασφαλιστηρίου, δεν χρησιμοποιούμε αυτοματοποιημένα μέσα για τη λήψη αποφάσεων ή για τη δημιουργία προφίλ.

Τα Δικαιώματά σας

Έχετε το δικαίωμα ανά πάσα στιγμή να ζητήσετε πρόσβαση στα προσωπικά δεδομένα που διατηρούμε και να ζητήσετε να διορθώσουμε, διαγράψουμε ή περιορίσουμε την επεξεργασία (υπό ορισμένες περιστάσεις όπως ορίζονται από το Νόμο) των προσωπικών δεδομένων. Μπορείτε επίσης να αντιπαθείτε στη χρήση των προσωπικών σας στοιχείων, να ζητήσετε να μεταφέρουμε ηλεκτρονικά τις πληροφορίες που έχετε θέσει στη διάθεσή μας (το δικαίωμα φορητότητας) ή/και να αποσυρете τη συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων. Σημειώνουμε ωστόσο ότι εάν θα επλξέτε να αποσυρете τη συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία δεδομένων που αφορούν την υγεία σας, αυτό θα επηρεάσει την ικανότητά μας να διαχειριζόμαστε το ασφαλιστήριο. Για να ασκήσετε οποιοδήποτε από αυτά τα δικαιώματα ή να υποβάλετε παράπονο σχετικά με τη χρήση των προσωπικών δεδομένων, παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μας γραπτώς στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: personaldata@unilife.com.cy. Έχετε επίσης το δικαίωμα να υποβάλετε παράπονο σχετικά με το χρήση των προσωπικών σας στοιχείων από εμάς, στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων μας στην πιο πάνω διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ή/και στο Γραφείο του Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Συγκατάθεση για την Επεξεργασία Ειδικών Κατηγοριών Δεδομένων

Δια του παρόντος δηλώνω ότι έχω διαβάσει την πιο πάνω δήλωση προστασίας δεδομένων και κατανοώ και αποδέχομαι το περιεχόμενό της.

Με την υπογραφή μου πιο κάτω, παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία δεδομένων που αφορούν την υγεία μου (ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων) από τους παραλήπτες που αναφέρονται ανωτέρω, για τους σκοπούς της εκτέλεσης και διαχείρισης του ασφαλιστηρίου βάσει του οποίου θα μου παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη.

Αναγνωρίζω ότι σε περίπτωση ανάκλησης αυτής της συγκατάθεσης, η ασφαλιστική μου κάλυψη βάσει αυτού του ασφαλιστηρίου ενδέχεται να τερματιστεί ή/και απαίτηση/αίτημα που υποβλήθηκε σύμφωνα με αυτό το ασφαλιστήριο μπορεί να απορριφθεί.

Υπογραφή Κυρίως Ασφαλιζόμενου	Όνομα Ολογράφως	Ημερομηνία
Υπογραφή Ενήλικων Εξαρτώμενων	Όνομα Ολογράφως	
Συγκατάθεση από τον Κυρίως Ασφαλιζόμενο: Παρακαλούμε σημειώστε, στο αντίστοιχο πλαίσιο πιο κάτω, αν συγκατατείθετε στην επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων για τον σκοπό παραλαβής πληροφοριών σχετικά με τα προϊόντα, τα σχέδια ή τις υπηρεσίες μας μέσω ταχυδρομείου, τηλεφώνου, ηλεκτρονικού μηνύματος ή μηνύματος.		
Συμφωνώ και αποδέχομαι <input type="checkbox"/> Δεν συμφωνώ <input type="checkbox"/>		
Υπογραφή:	Ημερομηνία:	

Αποκλειστικά για χρήση από τη Universal Life

Αξιολόγηση κινδύνου

(Ειδικό όροι ανάληψης κινδύνου που αφορούν αυτή την αίτηση)

Υπογραφή Underwriter

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Εγώ ο/η _____ (όνομα αιτητή), με αρ. ταυτότητας/ διαβατηρίου _____, με το παρόν έγγραφο εξουσιοδοτώ το εκάστοτε άτομο (Group Secretary) το οποίο θα διορίζεται υπεύθυνο για την επικοινωνία με την ασφαλιστική εταιρία Universal Life Insurance Public Company Ltd (που στο εξής θα αναφέρεται σαν η “Universal Life”) αναφορικά με το Διεθνές Σχέδιο Υγείας MultiCare (που στο εξής θα αναφέρεται σαν το “MultiCare”) στο οποίο θα ενταχθώ μέσω του ομαδικού σχεδίου του εργοδότη μου, να προβαίνει στις ακόλουθες ενέργειες και να έχει πρόσβαση στις πιο κάτω πληροφορίες:

1. Να ενεργεί σύμφωνα με τις οδηγίες της Universal Life για τη διευθέτηση οποιωνδήποτε εκκρεμοτήτων που θα προκύπτουν αναφορικά με την ασφαλιστική μου κάλυψη ή/ και τη διεκπεραίωση των απαιτήσεων μου και των εξαρτωμένων μου (όπου ισχύει) σε σχέση με το MultiCare.
2. Να προωθεί τις απαιτήσεις μου και των εξαρτωμένων μου (όπου ισχύει) αναφορικά με το MultiCare στην Universal Life.
3. Να πληροφορείται από την Universal Life για τις αποφάσεις που αφορούν τις απαιτήσεις μου και των εξαρτωμένων μου (όπου ισχύει) αναφορικά με το MultiCare και να με ενημερώνει για αυτές αμέσως.
4. Να ενημερώνεται για ευαίσθητα/ προσωπικού χαρακτήρα δεδομένα που αφορούν εμένα και τα εξαρτώμενα μου (όπου ισχύει) ενόσω θα είμαι ενταγμένος στο εν λόγω ομαδικό σχέδιο, όταν αυτό καθίσταται απαραίτητο για την ασφάλιση μου και την πιθανή αναβάθμιση του συμβολαίου μου και την εύρυθμη διεκπεραίωση των απαιτήσεων που αναφέρονται στην παράγραφο 2 πιο πάνω, νοουμένου ότι αυτά θα έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με το συμβόλαιο μου. Τέτοια δεδομένα συμπεριλαμβάνουν ιατρικές εκθέσεις και διαγνωστικές εξετάσεις, χωρίς όμως να περιορίζονται σε αυτές.
5. Να μεσολαβεί για τη μεταβίβαση τυχόν παραπόνων μου προς τη Universal Life και να με ενημερώνει για τα σχετικά αποτελέσματα.
6. Να τηρεί εχεμύθεια για όλα όσα πληροφορείται και να διαβιβάζει οτιδήποτε αφορά το συμβόλαιο μου μόνο σε εμένα προσωπικά με τρόπο που να μην παραβιάζονται τα ευαίσθητα προσωπικά μου δεδομένα.

Υπογραφή Αιτητή

Ημερομηνία

Προς Universal Life
Τμήμα Ατυχημάτων και Υγείας
Τ.Θ. 21270
1505 Λευκωσία

Αγαπητοί κύριοι

Με την παρούσα δίδω την συγκατάθεση μου όπως, η πληρωμή των απαιτήσεων μου κάτω από το Διεθνές Σχέδιο Υγείας "MultiCare" με αριθμό 42-..... εμβάζονται στο λογαριασμό μου τα στοιχεία του οποίου παραθέτω πιο κάτω:

Στοιχεία Τραπεζικού Λογαριασμού	
Όνομα Τραπεζικού Οργανισμού	
Αριθμός Λογαριασμού	
Διεθνής Αριθμός Τραπεζικού Λογαριασμού / IBAN*	
<small>*Το IBAN του λογαριασμού σας είναι 28ψήφιος αριθμός που μπορείτε να βρείτε στην μηνιαία κατάσταση του λογαριασμού σας.</small>	
Πλήρες όνομα Κατόχου Λογαριασμού (με αγγλικούς χαρακτήρες)	
Σημείωση Η τράπεζα σας, εκτός από τις χρεώσεις που επωμίζεται η Universal Life, πιθανόν κατά την παραλαβή του εμβάσματος στο δικό σας λογαριασμό, να χρεώνει επιβάρυνση. Για περαιτέρω διευκρινήσεις παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε με την τράπεζα σας.	
Στοιχεία Επικοινωνίας	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση (να σημειωθεί αν επιθυμείτε ηλεκτρονική ενημέρωση)	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας	

Με εκτίμηση

Ημερομηνία

Υπογραφή

Πλήρες Όνομα.....

Αριθμός Ταυτότητας.....

Για νομικά πρόσωπα παρακαλούμε όπως το έντυπο υπογράφεται από εξουσιοδοτημένα πρόσωπα και σφραγιστεί με την σφραγίδα της Εταιρείας.

Ομαδικό Σχέδιο Ενδονοσοκομειακής Κάλυψης με Universal Life Ltd

Αριθμός συμβολαίου MCS 2562

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΝΤΥΠΩΝ

Αίτηση συμμετοχής

Σημείο 1 - Προσωπικά στοιχεία: Να συμπληρωθούν όλα τα πεδία (Να επισυνάψετε αντίγραφο ταυτότητας).

Σημείο 2 – Σχέδιο της επιλογής σας: Δεν θα συμπληρωθεί.

Σημείο 3 – Προηγούμενο συμβόλαιο: Να συμπληρωθεί σε περίπτωση που το άτομο διατηρεί άλλο ασφαλιστικό σχέδιο ή προηγούμενο σχέδιο Ιατροφαρμακευτικής κάλυψης με την Universal Life ή την AXA PPP healthcare Limited.

Σημείο 4 – Πληρωμή ασφαλιστρού: Δεν θα συμπληρωθεί.

Σημείο 5 – Άλλα μέλη οικογένειας: Συμπληρώνεται από το κυρίως μέλος όταν θέλει να εντάξει εξαρτώμενα μέλη (Σύζυγο και τέκνα). (Να επισυνάψετε αντίγραφο ταυτότητας).

Σημείο 6 Μέρος Α – Ιατρικό Ιστορικό: Να συμπληρωθεί το ιατρικό ιστορικό (ερωτήσεις 1-9) του κυρίως μέλους καθώς και των εξαρτωμένων μελών που θα ενταχθούν, με την ίδια ονομαστική σειρά που δηλώθηκαν στο Μέρος 5.

Στο ερώτημα αρ.1 να αναφέρετε εάν έχετε νοσήσει σοβαρά λόγω κορονοϊού και έχετε λάβει νοσηλευτική φροντίδα.

Το ερώτημα αρ.7 συμπληρώνεται μόνο εάν θα εντάξετε νεογέννητο τέκνο.

Σημείο 6 Μέρος Β: Για κάθε ερώτηση στο Μέρος 6Α που έχετε απαντήσει «ΝΑΙ» θα πρέπει να συμπληρωθούν και αντίστοιχα πεδία στο Μέρος 6Β (Σκιασμένα πεδία 1-6) με όλες τις λεπτομέρειες.

Σημείο 7 – Υπογραφή και Δήλωση: Να συμπληρωθεί και να υπογραφεί από το κυρίως μέλος και τα ενήλικα εξαρτώμενα μέλη (Σύζυγο και τέκνα άνω των 18 ετών).

Σημείο 8 – Συγκατάθεση για την επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα: Να συμπληρωθεί και να υπογραφεί από το κυρίως μέλος και τα ενήλικα εξαρτώμενα μέλη.

Συγκατάθεση από τον κυρίως ασφαλιζόμενο για πληροφορίες σχετικά με τα προϊόντα/σχέδια/υπηρεσίες: Να συμπληρωθεί και να υπογραφεί από το κυρίως μέλος.

Έντυπο Εξουσιοδότησης: Να συμπληρωθεί από το κυρίως μέλος (Ονοματεπώνυμο, Αρ. Ταυτότητας και Υπογραφή).

Δήλωση αριθμού IBAN: Να συμπληρωθεί ο αριθμός τραπεζικού IBAN που επιθυμείτε να εμβάζονται τα ποσά των απαιτήσεων σας από την Universal Life Ltd (Να επισυνάψετε Πιστοποιητικό IBAN).