



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΖΩΗΣ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΥ ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΣΤΥ)

Παρακαλώ όπως συμπληρωθεί ξεχωριστή αίτηση για κάθε άτομο (μέλος ή σύζυγος)

Πλήρες Όνομα Ασφαλιζομένου			
Σχέση με ΠΣΤΥ (Σημειώστε με ✓)	Σύζυγος Μέλους <input type="checkbox"/>	Μέλος <input type="checkbox"/>	
Ημερ. Γέννησης	Αρ. Ταυτότητας:		
Διεύθυνση Κατοικίας	T.K.		
Επάγγελμα (καθορισμός καθηκόντων)			
Τηλέφωνα	Οικίας:	Εργασίας:	Κινητό:
Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρ.			

Επιλογή Ασφαλισμένου Ποσού: Σχέδιο Α: €50,000 Σχέδιο Β: €75,000 Σχέδιο Γ: €100,000

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

A. ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΤΙΣ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:

(Όπου η απάντηση είναι ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες συμπεριλαμβανομένου ημερομηνίας, αιτίας και αποτελεσμάτων)

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

- Δηλώστε το ύψος και το βάρος σας.
Έχει το βάρος σας αλλοιωθεί τον τελευταίο χρόνο; Ύψος: Βάρος:
- Έχετε ποτέ υποφέρει από καρδιακή νόσο ή νόσο του καρδιαγγειακού συστήματος, εγκεφαλική συμφόρηση, καρκίνο, διαβήτη, διανοητική ή νευρολογική πάθηση, πάθηση του γαστρεντερολογικού συστήματος, πάθηση των μυών, κοκκάλων ή αρθρώσεων, ηπατίτιδα, προσβολή από HIV/ AIDS, ή έχετε οποιαδήποτε αναπηρία ή φυσική ανωμαλία;
- Έχετε τα τελευταία δύο χρόνια πάρει οποιαδήποτε μορφής φαρμακευτική αγωγή για περισσότερες από 14 συνεχόμενες μέρες ή επισκεφθήκατε ιατρό για θεραπεία κάποιας ασθένειας ή νόσου ή είστε σήμερα κάτω από οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή ή λαμβάνετε οποιαδήποτε θεραπεία;
- Έχετε τους τελευταίους δώδεκα μήνες απουσιάσει ή πάρει άδεια απουσίας από την εργασία σας λόγω προβλημάτων υγείας για περισσότερες από 10 συνεχόμενες μέρες;
- Προτίθεστε να ταξιδέψετε ή να κατοικήσετε μόνιμα στο εξωτερικό εκτός από διακοπές;
- Έχει οποιαδήποτε αίτηση σας για ασφάλεια υγείας, ζωής ή ανικανότητας απορριφθεί ή γίνει αποδεκτή με ειδικούς όρους/επασφάλιστρο;
- Είστε εντελώς υγιής και απαλλαγμένος από οποιαδήποτε συμπτώματα ασθένειας;

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πιο πάνω δηλώσεις και απαντήσεις είναι αληθείς, ότι δεν έχω αποκρύψει οποιαδήποτε πληροφορία, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός και εξουσιοδοτώ την Εταιρεία να αποσπαστεί σε οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία σε σχέση με ασφάλειες ζωής ή/και ιατρό ή κλινική για πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου ή το ιατρικό ιστορικό μου.

Συμφωνώ δε:

- ότι η Αίτηση αυτή θα αποτελέσει τη βάση της παροχής κάλυψης κάτω από το Ομαδικό Ασφαλιστήριο/Σχέδιο.
- η Universal Life δεν θα δεχθεί ευθύνη για κάλυψη οποιοδήποτε ασφαλισμένου γεγονότος που προκύπτει από οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση που προϋπήρχε της ημερομηνίας ένατηξ μου ή που θα μπορούσε να προβλεφθεί κατά το χρόνο της Αίτησης, εκτός εάν μια τέτοια ιατρική κατάσταση δηλώθηκε και έγινε αποδεκτή από την Universal Life.
- η ασφάλιση δεν θα τεθεί σε ισχύ μέχρι ο κίνδυνος να γίνει αποδεκτός από την Universal Life και πληρωθεί το πρώτο ασφάλιστρο.
- Η Universal Life επιφυλάσσει το δικαίωμα να απορρίψει οποιαδήποτε Αίτηση για Ασφάλιση ή να επιβάλει ειδικούς όρους ή επασφάλιστρο.
- Σε περίπτωση που θα δοθούν οδηγίες από την Universal Life για να υποβληθώ σε ιατρικές εξετάσεις και δεν ακολουθήσω τις οδηγίες αυτές, τότε δεν θα υπάρχει σε ισχύ οποιαδήποτε ασφαλιστική κάλυψη.

Υπογραφή Ονοματεπώνυμο: Ημερ.

Για εσωτερική χρήση μόνον:

Όροι αποδοχής/Σχόλια:

Υπογραφή:..... Ημερ.:.....