

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΛΑΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΩΔ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ:
ΑΡ. ΑΙΤΗΣΗΣ :

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ (ΑΙΤΗΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ)	
ΕΠΩΝΥΜΟ..... ΟΝΟΜΑ..... ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ..... ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....	
Α.Δ.Τ..... ΑΦΜ..... ΔΟΥ..... ΑΡ. ΔΙΑΒ..... ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....	
Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: ΟΔΟΣ..... ΑΡΙΘΜ..... Τ.Κ..... ΠΟΛΗ..... ΤΗΛ.....	
ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	
ΕΠΩΝΥΜΟ..... ΟΝΟΜΑ..... ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ..... ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....	
Α.Δ.Τ..... ΑΦΜ..... ΔΟΥ..... ΑΡ. ΔΙΑΒ..... ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....	
ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: ΟΔΟΣ..... ΑΡΙΘΜ..... Τ.Κ..... ΠΟΛΗ..... ΤΗΛ.....	
ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ (Σε περίπτωση αποβίωσης του ασφαλιζομένου)	
ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ : ΕΦΑΠΑΞ (υποχρεωτικά για το πρόγραμμα ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ) <input type="checkbox"/> ΕΤΗΣΙΑ <input type="checkbox"/> ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΑ <input type="checkbox"/>	
ΠΑΡΟΧΕΣ	
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
1. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ	30.000 <input type="checkbox"/> 50.000 <input type="checkbox"/>
2. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ	<input type="checkbox"/>
ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	
1. Έχετε, κάποια αναπηρία, ανικανότητα, σωματικό ελάττωμα, δυσμορφία ή συγγενή πάθηση;	NAI OXI
2. Υποβλήθηκετε ποτέ σε ιατρική ή νοσοκομειακή περίθαλψη ή χειρουργική επέμβαση;	NAI OXI
3. Υποφέρετε τώρα από κάποια ασθένεια ή τραυματισμό;	NAI OXI
4. Ασχολείστε με επικίνδυνα σπόρ ή επικίνδυνες δραστηριότητες; (Εάν ναι, αναφέρατε είδος, συχνότητα, εμπειρία)	NAI OXI
5. Οδηγείτε μοτοσυκλέτα ή μοτοποδήλατο; (Εάν ναι, αναφέρατε συχνότητα, κυβισμό και χρήση)	NAI OXI
6. Είστε κάτοχος άλλων ασφαλιστηρίων; (Εάν ναι, αναφέρατε Ασφαλιστική Εταιρία, κεφάλαια.)	NAI OXI
7. Ποιο είναι το Ύψος και το Βάρος σας
ΕΠΕΞΗΓΗΣΑΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΩΣ ΤΙΣ ΚΑΤΑΦΑΤΙΚΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΟΔΩΝ ΤΩΝ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ	
Δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που έδωσα στην αίτηση αυτή είναι σωστά, πλήρη και αληθινά και αποτελούν υπεύθυνη δήλωση μου, που είναι και η βάση του προτεινόμενου Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Σχετικά με την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου, που περιέχονται στο παρόν έγγραφο ή θα περιέλθουν στην Εταιρία σας κατά τη διάρκεια της συμβατικής σχέσης, έλαβα γνώση, συμφωνώ, αποδέχομαι και ρητά δηλώνω ότι: 1. Η Εταιρία θα τηρεί σε αρχεία της, θα επεξεργάζεται και θα διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα σε άλλα φυσικά πρόσωπα και άλλα τμήματα της ίδιας Εταιρίας ή σε όποιον άλλον αποδέκτη απαιτείται εκ του Νόμου, για τις ανάγκες της ορθής και νόμιμης εκτέλεσης της ασφαλιστικής σύμβασης. 2. Μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου εκ των άρθρων 11, 12 και 13 του ν. 2472/1997 και συγκεκριμένα του δικαιώματός μου λήψεως πληροφοριών σχετικά με τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και του δικαιώματος προβολής αντιρρήσεων για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν. Αιτούμαι την ασφάλισή μου, σύμφωνα με τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου των οποίων έλαβα γνώση και αποδέχομαι και δηλώνω ότι παρέλαβα έγγραφο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 152 παρ. 1 του Νόμου 4364/2016 όπως αυτό ισχύει.	

ΠΟΛΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....