



interasco
Ασφαλιστική Εταιρεία

σίγουρα, γρήγορα ... απλά!

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Interasco Α.Ε.Γ.Α. Ανώνυμος Εταιρεία Γενικών Ασφαλίσεων

Βασ. Γεωργίου 44 & Κάλβου, 152 33 Χαλάνδρι - Αττική
Τηλ.: +30 210 6793100, Fax: +30 210 6776035
Α.Φ.Μ.: 998848308, Δ.Ο.Υ.: ΦΑΕ Αθηνών
ΑΡ.Μ.Α.Ε.:61225/05/Β/06/11, e-mail:info@interasco.gr
www.interasco.gr



ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ EUROBANK

ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖΑ ALPHA

ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ

0026.0238.290200607897

5055-063587-769

3590 0232 0005 763

614/470500-99

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ:

ΑΡΙΘ. ΑΣΦΑΛΙΣΤ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ:

ΚΩΔ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ:

1. ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

Α.Φ.Μ.:

Δ.Ο.Υ.:

Α.Μ.Κ.Α.:

ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ;
ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ;

ΕΧΕΤΕ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ;

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΦΥΛΟ:

ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΛΗΠΤΗ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:

ΔΙΕΥΘ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΠΟΛΗ:

ΟΔΟΣ:

ΑΡ.:

Τ.Κ.:

ΔΙΕΥΘ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

ΠΟΛΗ:

ΟΔΟΣ:

ΑΡ.:

Τ.Κ.:

ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ:

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

ΚΙΝΗΤΟ:

E-MAIL:

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ - ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ:

Εάν ο ασφαλιζόμενος είναι άνω των 50 ετών, υποχρεωτικά σημειώστε
Διαγνωστικό Κέντρο (Eugomedica) Προασφαλιστικού Ελέγχου εντός Αττικής:

2. ΛΗΠΤΗΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ (ΕΦΟΣΟΝ ΔΙΑΦΕΡΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ)

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

Α.Φ.Μ.:

Δ.Ο.Υ.:

ΦΥΛΟ:

ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΔΙΕΥΘ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

ΠΟΛΗ:

ΟΔΟΣ:

ΑΡ.:

Τ.Κ.:

ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ:

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

ΚΙΝΗΤΟ:

E-MAIL:

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:

3. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:

 EXCLUSIVE CARE PLATINUM CARE GOLDEN CARE SAFE CARE PLATINUM VALUE GOLDEN VALUE

ΑΠΑΛΛΑΓΗ	(Εκτός από Safe Care, Platinum Value & Golden Value)	ΣΥΝΑΣΦΑΛΙΣΗ	%	ΘΙΣΗ	LUX (Εκτός από Safe Care)
			0%		
			5%		A
			10%		B
			20%		

 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ €

ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ

 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ BIODIAGNOSIS COMPLETE ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ BIODIAGNOSIS MINIMALΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ DIAGNOSIS PLUS + FLEXI CARE FLEXI CARE PLUS (για απαλλαγές 6.000€)

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΠΟΣΟ €
1 ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ (Ισχύει για τον λήπτη της ασφάλισης αν είναι διαφορετικός από τον ασφαλιζόμενο πρέπει να συμπληρωθεί το ΙΑΤΡΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ του λήπτη στην 2η σελίδα της αίτησης).			
2 ΑΠΩΛΕΙΑ ΖΩΗΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (Ανώτατο όριο 250.000€. Για παιδιά μέγιστο τα 10.000€. Δίδεται σε συνδυασμό με την παροχή 3).			
3 ΟΛΙΚΗ/ΜΕΡΙΚΗ ΜΟΝΙΜΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (Ανώτατο όριο 250.000€. Δίδεται αυτοτελώς).			
4 ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΟΛΙΚΗ/ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΑΠΟ <input type="checkbox"/> ΗΜΕΡΑ (Μέγιστο τα 50€. Δίδεται σε συνδυασμό με τις παροχές 2 & 3).			
5 ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΚΑΤ' ΑΤΥΧΗΜΑ (Μέγιστο τα 1500€. Δίδεται σε συνδυασμό με την παροχή 3).			

Οδηγείτε μοτοσυκλέτα; ΝΑΙ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ αναφέρατε CC Είστε αθλητής σε επαγγελματικό ή ερασιτεχνικό σωματείο; ΝΑΙ ΟΧΙ Έχετε κάποιο hobby ή ασχολείστε με extreme sports; ΝΑΙ ΟΧΙ Περιγράψτε άθλημα και σπορ



Τα πεδία που αφορούν το λήπτη της ασφάλισης να συμπληρωθούν μόνο εάν αυτός είναι διαφορετικός από τον ασφαλιζόμενο.

Οι παρακάτω ερωτήσεις πρέπει να απαντηθούν με ΝΑΙ ή ΟΧΙ (εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, παρακαλούμε εξηγήστε λεπτομερώς στο τέλος του ερωτηματολογίου)

Α. Προηγούμενη Ασφαλιστική Κάλυψη	ΑΣΦ.		ΛΗΠΤ.	
	N	O	N	O
1. Έχετε κάνει ποτέ αίτηση για ασφάλεια ζωής, ατυχήματος ή υγείας στην εταιρεία μας ή σε οποιαδήποτε άλλη εταιρεία η οποία βρίσκεται τώρα σε εκκρεμότητα ή έχει απορριφθεί ή γίνει αποδεκτή υπό ειδικούς όρους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Καλύπτεστε αυτήν την στιγμή από άλλο ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας; (Εάν ΝΑΙ, δηλώστε την εταιρεία, το πρόγραμμα κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Κατάσταση Υγείας και Οικογενειακό Ιατρικό Ιστορικό	ΑΣΦΙΝΟΣ				ΛΗΠΤΗΣ				
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
1. Έχετε στο παρελθόν λάβει διάγνωση λόγω παθολογικού ή χειρουργικού περιστατικού ή/και έχετε λάβει συντηρητική (φαρμακευτική ή άλλου είδους) αγωγή ή/και νοσοκομειακή περίθαλψη ή/και χειρουργική θεραπεία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.14. Αυτοάνοσα νοσήματα (π.χ. λύκος)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Έχετε στο παρελθόν λάβει διάγνωση λόγω παθολογικού ή χειρουργικού περιστατικού ή/και έχετε λάβει συντηρητική (φαρμακευτική ή άλλου είδους) αγωγή ή/και νοσοκομειακή περίθαλψη ή/και χειρουργική θεραπεία ή έχετε ποτέ αισθανθεί συμπτώματα που μπορεί να σχετίζονται με:	2.1. Αγγειοκαρδιακό σύστημα (καρδιακές ή αγγειακές παθήσεις, υψηλή αρτηριακή πίεση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.15. Καλοήθες νεόπλασμα (π.χ. λιπώματα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Όγκοι ή καρκίνος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.17. Παθήσεις των οφθαλμών (π.χ. καταρράκτης, παθήσεις του αμφιβληστροειδούς, μυωπία, πρεσβυωπία, αστιγματισμός) Εάν ΝΑΙ δώστε μετρήσεις δεξιού και αριστερού ματιού Δεξί μάτι: Αριστερό μάτι:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Διαβήτης (με ή χωρίς εξάρτηση για θεραπεία ινσουλίνης)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.19. Ασθένειες ή παραμορφώσεις εκ γενετής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Ασθένειες του κεντρικού νευρολογικού συστήματος, νοητικές ή ψυχολογικές διαταραχές (π.χ. επιληψία, παράλυση, ίλιγγος, απώλεια αισθήσεων, κατάθλιψη, Σκλήρυνση κατά πλάκας, Πάρκινσον, Άλτσχάιμερ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.20. Σύνδρομο Ντάουν, Αυτισμός, Νόσος Gaucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Αγγειοεγκεφαλικά επεισόδια, Εγκεφαλική παράλυση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.21. Νευρολογικές ή ψυχικές ασθένειες υπό αγωγή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Εξάρτηση σε φάρμακα ή άλλες ουσίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.22. Υπερλιπιδαιμία (υψηλή χοληστερίνη ή/ και τριγλυκερίδια)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7. Μεταδοτικές ή λοιμώδεις ασθένειες (π.χ. AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.23. ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ. Είστε έγκυος; Είχατε ποτέ ανωμαλίες κατά τον κύκλο σας ή οποιαδήποτε γυναικολογική ασθένεια; Έχετε ποτέ υποβληθεί σε καισαρική τομή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8. Ουρογεννητικό σύστημα (π.χ. παθήσεις των νεφρών, των γεννητικών οργάνων, προστατίτις, στένωση ή πέτρες, ασθένειες της ουροδόχου κύστης), Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.24. ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ. Γυναικολογικά προβλήματα (αιμορραγίες, κύστες, μυώματα, ενδομητρίωση, παθήσεις μαστών κλπ.) ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9. Γαστρεντερικό σύστημα (π.χ. ασθένειες του οισοφάγου, στομάχου, εντέρου, ήπατος, πάγκρεας, ηπατίτιδα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.25. ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ. Έχετε ποτέ αναβάλλει την κατάταξή σας στην στρατιωτική θητεία ή έχετε απολυθεί ή αποδεσμευθεί για ιατρικούς λόγους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10. Μυοσκελετικό σύστημα (π.χ. ασθένειες της σπονδυλικής στήλης, των αρθρώσεων, των μύων, των οστών, προεξέχοντα οστά, παραμορφωμένα δάκτυλα, οστεοπόρωση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Έχετε παρουσιάσει συμπτώματα κατά τα τελευταία δέκα (10) χρόνια για τα οποία δεν επισκεφτήκατε γιατρό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11. Ωτορινολαρυγγολογικές ασθένειες (π.χ. ρινικό διάφραγμα, αμυγδαλές, αδενοειδής υπερτροφία, κόγχες, ασθένειες του αυτιού και του σιαγόγιου κόλπου)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Υπάρχει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας που παρουσίασε:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12. Αναπνευστικές παθήσεις (π.χ. άσθμα, βρογχίτιδα, εμφύσημα, Κυστική ίνωση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.1. Καρδιακά προβλήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.13. Ενδοκρινολογικές παθήσεις (π.χ. θυροειδής, λεμφαδένες, ωθήκες, υπόφυση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.2. Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					4.3. Καρκίνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					4.4. Νευρολογικές ή ψυχολογικές ασθένειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Γ. Τρόπος Ζωής	ΑΣΦΙΝΟΣ	ΛΗΠΤΗΣ	Εάν ΝΑΙ δηλώστε πόσο	ΑΣΦΙΝΟΣ	ΛΗΠΤΗΣ
1. Καπνίζετε, ατμίζετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ύψος:	<input type="checkbox"/>
2. Καταναλώνετε αλκοόλ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Βάρος:	<input type="checkbox"/>
3. Μεταβλήθηκε το σωματικό σας βάρος το τελευταίο έτος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Εάν η απάντηση σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις είναι ΝΑΙ, παρακαλούμε να εξηγήσετε λεπτομερώς, τη φύση της ασθένειας ή του τραύματος και την ημερομηνία του συμβάντος. Δηλώστε ονόματα και διευθύνσεις των θεραπόντων. Απαντήσεις για τους ανήλικους δίδονται από τους γονείς.

Δήλωση του Αιτούντος

- Με την παρούσα δηλώνω ότι όλες οι λεπτομέρειες που παρασχέθηκαν στο παρόν έντυπο δήλωσης Υγείας είναι ακριβείς και πλήρεις. Εάν οι οποιοσδήποτε λεπτομέρειες που κατέγραψα αποδειχθούν ανακριβείς ή ατελείς, η Interasco Α.Ε.Γ.Α. θα θεωρηθεί απαλλαγμένη από οποιοσδήποτε δεσμεύσεις και υποχρεώσεις απέναντί μου.
- Με το παρόν δηλώνω, συμφωνώ και δεσμεύομαι ότι:
 - Όλες οι απαντήσεις που παρέixa παραπάνω είναι ακριβείς και πλήρεις και ότι τις παρέixa κατά την ελεύθερη βούληση μου.
 - Οι απαντήσεις που ορίζονται στη δήλωση Υγείας και κάθε άλλη πληροφορία που θα δοθεί στην Interasco Α.Ε.Γ.Α. θα χρησιμοποιηθεί ως θεμελιώδης προϋπόθεση για το Ασφαλιστήριο συμβόλαιο μεταξύ της Interasco Α.Ε.Γ.Α. και εμού, και θα αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα αυτού.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΛΗΠΤΗΣ (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

Ο ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)
(Σε περίπτωση ανήλικου υπογραφή από γονέα)



Εγώ, ο κάτωθι υπογεγραμμένος/η, με το παρόν δίνω την άδεια μου στο ασφαλιστικό ταμείο του οποίου είμαι μέλος και/ή τα ιατρικά του ιδρύματα, καθώς και σε όλους τους ιατρούς και άλλα ιατρικά ιδρύματα και νοσοκομεία και/ή σε όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες και/ή σε κάθε ίδρυμα ή άλλο φορέα ή φυσικό πρόσωπο να παρέχει στην **Interasco Α.Ε.Γ.Α.** (στο εξής αποκαλούμενη «Αιτών») κάθε λεπτομέρεια, άνευ εξαιρέσεως, και κατά τον τρόπο που θα ζητηθεί από τον Αιτούντα, σχετικά με την κατάσταση Υγείας μου και/ή κάθε ασθένεια που έχω εκδηλώσει στο παρελθόν και/ή από την οποία πάσχω αυτή τη στιγμή και/ή από την οποία θα πάσχω στο μέλλον, και επίσης με το Παρόν σας αποδεσμεύω από την υποχρέωση διαφύλαξης ιατρικού απορρήτου και αποποιούμαι το εν λόγω απόρρητο απέναντι στον Αιτούντα. Η εν λόγω δήλωση αποποίησης δεσμεύει εμένα και τους νομικούς εκπροσώπους μου καθώς και οποιονδήποτε πάρει τη θέση μου. Η εν λόγω δήλωση Αποποίησης θα ισχύει επίσης και τα ανήλικα τέκνα μου.

Δήλωση για Αναγνώριση Ειδοποίησης και Παροχή Σαφούς Συμφωνίας

Όσα περιέχονται στο παρόν έγγραφο αποτελούν πληροφορίες και τα στοιχεία που η Εταιρεία, ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας έχει την υποχρέωση σύμφωνα με το Νόμο, να μου παράσχει, και η υπογραφή της παρούσας αυτής αποτελεί αναγνώριση και δήλωση από μέρους μου, ότι η Εταιρεία με έχει ενημερώσει για τις πρόνοιες του Νόμου αυτού. Περαιτέρω με την υπογραφή της πρότασης αυτής, παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου προς την Ασφαλιστική Εταιρεία **Interasco Α.Ε.Γ.Α.** για τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, ευαίσθητων ή μη, και για την τήρηση αυτών σ' ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του Νόμου.

Ο Νόμος επί Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων (Προστασία του Ατόμου)

Σύμφωνα με τις διατάξεις του προαναφερθέντος Νόμου, η Ασφαλιστική Εταιρεία **Interasco Α.Ε.Γ.Α.** ως Υπεύθυνη Επεξεργασίας σύμφωνα με το Νόμο, ενημερώνει το ασφαλιζόμενο μέρος ότι για την σύναψη και εκτέλεση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου είναι απαραίτητη η συλλογή και επεξεργασία προσωπικών δεδομένων, ορισμένα εκ των οποίων θεωρούνται ευαίσθητου χαρακτήρα. Τα δεδομένα θα εγγραφούν σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή, σε ένα ή περισσότερα αρχεία προσωπικών δεδομένων κατά την έννοια του Νόμου, τα οποία θα διατηρούνται από την **Interasco Α.Ε.Γ.Α.** ή από άλλη συμβεβλημένη/ συνδεδεμένη εταιρεία ή άτομο. Εκτός από τον κύριο σκοπό επεξεργασίας, δηλαδή την έκδοση και διαχείριση της Ασφαλιστικής Κάλυψης, τα δεδομένα θα υπόκεινται σε επεξεργασία για έρευνα και στατιστική ανάλυση, για την προώθηση των νέων προϊόντων της Εταιρείας καθώς και για τη διατήρηση υψηλού επιπέδου υπηρεσιών. Οι αποδέκτες των δεδομένων θα είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού της Εταιρείας, καθώς και εκείνα των συμβεβλημένων/ συνδεδεμένων εταιριών ή ατόμων. Η επεξεργασία των δεδομένων έχει εμπιστευτικό χαρακτήρα και θα εκτελείται μόνο από άτομα υπό την επίβλεψη του Υπεύθυνου Επεξεργασίας. Το Προτεινόμενο Μέρος έχει δικαίωμα πρόσβασης και διόρθωσης των προσωπικών δεδομένων που το αφορούν, καθώς και το δικαίωμα να προβάλει αντίρρηση στην επεξεργασία των εν λόγω δεδομένων. Το δικαίωμα πρόσβασης και αντίρρησης ασκείται υποβάλλοντας αίτηση στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας και καταβάλλοντας ένα χρηματικό ποσό που ορίζεται από τους Κανονισμούς που εκδίδονται σύμφωνα με το σχετικό Νόμο. Σε περίπτωση άρνησης παροχής συναίνεσης ή αντίρρησης επί της επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων, η Εταιρεία θα έχει το δικαίωμα να μην αποδεχθεί την Ασφαλιστική Πρόταση ή να διακόψει το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, ή να απορρίψει οποιοδήποτε Αίτημα για αποζημίωση.

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ - ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ενημερώθηκα από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (ανώνυμο εταιρεία με την επωνυμία «INTERASCO ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ» και το διακριτικό τίτλο «INTERASCO ΑΕΓΑ») και παρέχω την συγκατάθεσή μου ειδικώς και ελευθέρως για την εκ μέρους της εταιρίας συλλογή, τήρηση σε αρχείο και επεξεργασία, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2472/1997, των προσωπικών δεδομένων μου και δη των τηρούμενων στον ηλεκτρονικό Φάκελο Ασφάλισης Υγείας του ΕΟΠΥΥ, στα πλαίσια πάντοτε της εκτέλεσης της άνω Ιδιωτικής Σύμβασης, για τους σκοπούς της εκτέλεσης της αιτούμενης με την παρούσα σύμβασης ασφάλισης και της περαιτέρω διερεύνησης της αιτήματός αποζημίωσης.

Επίσης, δηλώνω ότι ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα πρόσβασης και αντίρρησης για τα προσωπικά δεδομένα που με αφορούν και τα οποία αποτελούν αντικείμενα επεξεργασίας (άρθρα 11 και 13 Ν. 2472/1997).

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΤΟΠΟΣ

Ο ΔΗΛΩΝ (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ

A. ΕΤΗΣΙΩΣ **B. ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΩΣ** **Γ. ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΩΣ** **Δ. ΜΗΝΙΑΙΩΣ** (Μόνο με πιστωτική κάρτα ή πάγια τραπεζική εντολή)

ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ

1. ΠΑΓΙΑ ΕΝΤΟΛΗ ΧΡΕΩΣΗΣ ΣΕ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ
ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΗ Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΝΤΥΠΟΥ ΕΝΤΟΛΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ

 ΤΡΑΠΕΖΑ

2. ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ:

 VISA

 MASTERCARD

 EUROLINE

 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΗ
Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ

3. ΤΑΧΥΠΛΗΡΩΜΗ

ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΣΤΗ Δ/ΝΣΗ ΤΟΥ:

 A. ΠΡΑΚΤΟΡΑ

 B. ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Δήλωση του Αιτούντος

Με το παρόν δηλώνω, συναινώ και δεσμεύομαι ότι:

- 1.1 Όλες οι απαντήσεις που έδωσα είναι ακριβείς και πλήρεις και τις παρέixa με τη θέλησή μου.
- 1.2 Γνωρίζω τους όρους του συμβολαίου και ιδίως τις εξαιρέσεις.
- 1.3 Γνωρίζω ότι κάθε κάλυψη διαθέτει δική της περίοδο αναμονής.
- 1.4 Ο ασφαλιστής διατηρεί το δικαίωμα να αποδεχθεί ή να απορρίψει την πρόταση χωρίς να χρειάζεται να δικαιολογήσει την απόφασή του. Είμαι πλήρως ενημερωμένος ότι το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο θα τεθεί σε ισχύ μόνο αφού η εταιρεία εκδόσει συμβόλαιο, και μετά την πλήρη καταβολή της πρώτης δόσης του ασφαλιστρού.

Η πληρωμή του ασφαλιστρού με πάγια χρέωση τραπεζικού λογαριασμού ή πιστωτικής κάρτας και με ταχυπληρωμή παρέχεται σε συνεργασία με άλλους φορείς, ήτοι τράπεζες, ΕΛΤΑ κ.α. Η εταιρεία δεν ευθύνεται για οποιαδήποτε ζημιά προκληθεί εκ σφάλματος των εν λόγω φορέων ή των υπαλλήλων τους σε οποιοδήποτε στάδιο της σχετικής διαδικασίας.

Ο κάτωθι υπογράφων παρέχω, κατόπιν της σχετικής ενημέρωσής μου, στην εταιρεία για τους σκοπούς της ασφαλιστικής σύμβασης τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου να επεξεργάζεται κατά την έννοια του Ν. 2472/97 τα προσωπικά δεδομένα μου που αναφέρονται στην παρούσα αίτηση και στο ασφαλιστήριο. Αναφορικά με τη διαδικασία πάγιας χρέωσης τραπεζικού λογαριασμού ή πιστωτικής κάρτας και την ταχυπληρωμή, αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων μπορεί να είναι και συνεργαζόμενοι με την εταιρεία φορείς όπως ενδεικτικά ΔΙΑΣ ΑΕ, διαμεσολαβούσα τράπεζα, τράπεζα τήρησης του λογαριασμού, ΕΛΤΑ κ.α.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΛΗΠΤΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ - ΑΡΘΡΟΥ 4 παρ. 2 περιπτ. Η.ν.δ. / τος 400/70

1. Επωνυμία Ασφαλιστικής Επιχείρησης: **Interasco Α.Ε.Γ.Α. Ανώνυμος Εταιρεία Γενικών Ασφαλίσεων**
2. Εφαρμοστέο δίκαιο.

- Όταν ο ασφαλιζόμενος κίνδυνος βρίσκεται στην Ελλάδα και ο ασφαλιζόμενος έχει τη συνθήκη διαμονής του ή το κέντρο της δραστηριότητας στην Ελλάδα ή προκειμένου για νομικό πρόσωπο που έχει την έδρα του στην Ελλάδα, η ασφαλιστική σύμβαση διέπεται από το ελληνικό δίκαιο.

3. Τρόπος και χρόνος διευθέτησης των εγγράφων παραπόνων των ασφαλιζομένων.

- Εντός ευλόγου χρόνου η εταιρεία επιλαμβάνεται της διευθέτησης των εγγράφων παραπόνων, εφόσον υπάρχει σύμπτωση βουλήσεων.

Σε περίπτωση διαφωνίας θα δίδεται έγγραφη απάντηση της εταιρείας.

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ €



Ο/Η κ

πλήρωσε Ευρώ (ολογράφως)

Έναντι ασφαλιστρού για την έκδοση Ασφαλιστηρίου σύμφωνα με την ταυτάριθμη αίτησή του και σύμφωνα με τους όρους που είναι γραμμένοι στο πίσω μέρος αυτής της απόδειξης.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΙΣΠΡΑΞΑΝΤΟΣ

Το ποσό της προκαταβολής συμφιλιώνεται με το πρώτο ασφαλιστήριο που οφείλεται και η ασφαλιστική κάλυψη αρχίζει να ισχύει μόλις η Εταιρεία εισπράξει τα υπόλοιπα ασφαλιστήρια.



ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΧΡΕΩΣΗΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ

Με την παρούσα **ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩ** την Ασφαλιστική Εταιρεία με την επωνυμία **INTERASCO Α.Ε.Γ.Α.** Ανώνυμος Εταιρεία Γενικών Ασφαλίσεων να προβαίνει στην εξόφληση των οφειλομένων από εμένα ασφαλιστρών του με αριθμό ασφαλιστηρίου συμβολαίου ΚΛΑΔΟΥ με χρέωση της πιστωτικής μου κάρτας.

Η χρέωση της κάρτας να γίνεται στην ημερομηνία που αναγράφεται στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο (ημερομηνία έναρξης κάλυψης).

Τα αναλυτικά στοιχεία της κάρτας είναι τα παρακάτω.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΡΤΑΣ																
Visa	<input type="checkbox"/>	Mastercard	<input type="checkbox"/>	Euroline	<input type="checkbox"/>											
ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ								ΤΡΑΠΕΖΑ								
ΕΠΩΝΥΜΟ																
ΟΝΟΜΑ																
ΤΗΛΕΦΩΝΟ																
ΑΔΤ																
ΑΦΜ																

Η εξουσιοδότηση αυτή δίδεται και σαν πάγια εντολή και ισχύει και για τις μελλοντικές χρεώσεις που θα προκύψουν από τις ανανεώσεις του προαναφερομένου συμβολαίου.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Ο ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩΝ

Ο ΠΡΑΚΤΟΡΑΣ

Ημερομηνία/...../.....

Παρακαλώ, αποστείλετε φωτοτυπία της μπροστινής όψης της κάρτας και φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου.



ΟΡΟΙ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ

Η παρούσα απόδειξη προκαταβολής δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση αποδοχή αίτησης ασφαλίσεως και οποιοδήποτε είδος δέσμευσης από την Interasco Α.Ε.Γ.Α.

Το Ασφαλιστήριο Υγείας θα ισχύει από την ημερομηνία παραλαβής της αιτήσεως από τη εταιρεία εφόσον συνολικά ισχύουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- α) έχουν προσκομισθεί τα όποια δικαιολογητικά έχει ζητήσει η εταιρεία
- β) έχει εξοφληθεί πλήρως η πρώτη δόση και
- γ) έχει εκδοθεί ασφαλιστήριο συμβόλαιο



interasco
Ασφαλιστική Εταιρεία

σίγουρα, γρήγορα ... απλά!

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Interasco Α.Ε.Γ.Α. Ανώνυμος Εταιρεία Γενικών Ασφαλίσεων

Βασ. Γεωργίου 44 & Κάλβου, 152 33 Χαλάνδρι - Αττική
Τηλ.: +30 210 6793100, Fax: +30 210 6776035
Α.Φ.Μ.: 998848308, Δ.Ο.Υ.: ΦΑΕ Αθηνών
ΑΡ.Μ.Α.Ε.: 61225/05/Β/06/11, e-mail: info@interasco.gr
www.interasco.gr