

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης

Ονοματεπώνυμο			Πατρώνυμο
A.Δ.Τ.	Διαβατήριο	A.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
Ημερ/νία Γέννησης	Υπηκοότητα	Σταθερό Τηλέφωνο	Κινητό Τηλέφωνο
Κύριο Επάγγελμα	E-mail	Σχέση με τον κυρίως Ασφαλιζόμενο	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας		T.K.	Πόλη

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζόμενου

Ονοματεπώνυμο			Πατρώνυμο
A.Δ.Τ.	Διαβατήριο	A.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
Ημερομηνία Γέννησης	Υπηκοότητα	Σταθερό Τηλέφωνο	Κινητό Τηλέφωνο
Κύριο Επάγγελμα	E-mail		
Διεύθυνση Αλληλογραφίας		T.K.	Πόλη

Στοιχεία Εξαρτώμενων Μελών

	1° μέλος	2° μέλος	3° μέλος	4° μέλος	5° μέλος
Επώνυμο					
Όνομα					
Πατρώνυμο					
Ημερομηνία Γέννησης					

Διάρκεια Ασφάλισης & Τρόπος Πληρωμής

Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης	Πληρωμή	Εφάπαξ ☐	Άτοκες δόσεις με χρήση πιστωτικής ☐
--------------------	------------------	---------	---------------------------------	--

Δηλώσεις - Εξουσιοδοτήσεις - Συγκαταθέσεις

Οι υπογράφοντες, με την ιδιότητα του λήπτη της ασφάλισης/ασφαλισμένου ή ως ασκούντες τη γονική μέριμνα, του ανήλικου τέκνου εξαρτώμενου και ασφαλισμένου μέλους, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε εμάς περιστατικών που είναι ουσιώδη για τη σύναψη αυτής της ασφάλισης, δηλώνουμε ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα αίτηση και αφορούν στα πρόσωπά μας, καθώς και στην υγεία των υποψηφίων για ασφάλιση είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιοσδήποτε παραλείψεις και μεταβολές. Αποδεχόμαστε δε ότι θα αποτελέσουν τη βάση για το υπό έκδοση Ασφαλιστήριο και την αντιμετώπιση της ασφαλιστικής περίπτωσης. Λάβαμε επίσης γνώση του δικαιώματος της Εταιρίας να αρνηθεί την αίτησή για ασφάλιση ή να την κάνει αποδεκτή με όρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται, χωρίς την υποχρέωση να δικαιολογήσει την απόφασή της.

1. Λάβαμε γνώση των Γενικών και Ειδικών Όρων ασφάλισης, τους οποίους αναγνώσαμε και αποδεχόμαστε ρητά και ανεπιφύλακτα και των σχετικών δηλώσεων εναντίωσης και αναπαύσεως και **2.** Παραλάβαμε το ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 150 του Ν. 4364/2016 όπως αυτό ισχύει.

3. Ενημέρωση σχετικά με ασφάλιση μέσω SMS, E-mail
Αποδέχομαι την ενημέρωση και αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλιση (π.χ. Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, Ανανέωση, Ειδοποίηση Πληρωμής κ.λπ.) μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης (e-mail), ή/ και μέσω γραπτού μηνύματος sms στο κινητό τηλέφωνο.

4. Ενημέρωση για διαφημιστικούς, εμπορικούς σκοπούς
Αποδέχομαι να λαμβάνω ενημερώσεις για διαφημιστικούς, εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς και σκοπούς προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών με αυτοματοποιημένα μέσα π.χ. μέσω e-mail, SMS, μέσων κοινωνικής δικτύωσης ή τηλεφωνικά κατά τη διάρκεια της ασφάλισής και έως 5 έτη μετά τη λήξη της και τη δυνατότητα να τροποποιώ ή/και να ανακαλώ οποτεδήποτε εγγράφως, τη συγκατάθεσή μου για την επιλογή του τρόπου επικοινωνίας και λήψης ενημερώσεων για διαφημιστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς (αποστολή email στο dro@interlife.gr ή τηλεφωνικά στο 2310499000).

Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης Συμναινώ ☐ Δεν συμναινώ ☐ (check & υπογραφή)	Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης Συμναινώ ☐ Δεν συμναινώ ☐ (check & υπογραφή)
---	---

5. Ενημέρωση σχετικά με Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων
Παραλάβαμε, αναγνώσαμε και ενημερωθήκαμε από το «Έντυπο Ενημέρωσης για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» για το πλαίσιο που δίδει την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα δικά μας/ ή των ανήλικων τέκνων μας που περιλαμβάνονται στη σύμβαση καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της Εταιρίας και έχουν σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης και για τα δικαιώματα που έχουμε και διατηρούμε ως υποκείμενα των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας, εναντίωσης στην επεξεργασία αυτών, το δικαίωμα εξασφάλισης ανθρωπίνης παρέμβασης σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες) και την άσκησή τους με την αποστολή email στην ηλεκτρονική διεύθυνση dro@interlife.gr και αναγνωρίζουμε ότι είναι απολύτως αναγκαία για τον σκοπό και την λειτουργία της σύμβασης ασφάλισης, προκειμένου να αξιολογηθεί ο ασφαλιστικός κίνδυνος, να υπολογισθεί σωστά το ασφαλιστήριο και να εκπληρωθεί ο σκοπός και η λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης. Γνωρίζουμε ότι άρνηση ή ανάκληση της σχετικής συναίνεσης επεξεργασίας ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ, δίνει το δικαίωμα στην Εταιρία να καταγγείλει ή να μην δεχτεί τη σύμβαση. Για τους λόγους αυτούς παρέχουμε τη ρητή συγκατάθεσή μας στην Εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μας.

Κυρίως Ασφαλιζόμενος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους (υπογραφή)	Σύζυγος ως εξαρτώμενο μέλος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση μέλους (υπογραφή)	Ενήλικα Εξαρτώμενα Μέλη (υπογραφή) (υπογραφή) (υπογραφή) (υπογραφή)
---	--	---

Συμβαλλόμενος (υπογραφή)	Κυρίως Ασφαλιζόμενος (υπογραφή)	Συνεργάτης (υπογραφή)
--	---	---