

Αίτηση Ατομικής Ασφάλισης

Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής:

ΑΦΜ

Αρ. Ειδικού Μητρώου

ΕΝΟΤΗΤΑ 1 – Προσωπικά στοιχεία

1.1 Προτείνοντας

(Το πρόσωπο που αιτείται να συνάψει το ασφαλιστήριο στο όνομά του/της· σε περίπτωση ομαδικής ασφάλισης είναι ο/η υπάλληλος που αιτείται να συμπεριλάβει στην κάλυψη τον εαυτό του/της και την οικογένειά του/της)

Όνομα(τα):

Επίθετο:

Ημερ. Γέννησης:

Α.Δ.Τ.:

Άρρεν:

Θήλυ:

(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Επάγγελμα:

Α.Φ.Μ.:

ΔΟΥ:

Ύψος (εκ):

Βάρος (κιλά):

Εθνικότητα:

Ο Προτείνοντας να συμπεριλαμβάνεται στην κάλυψη;

Ναι

Όχι

1.2 Μέλη οικογένειας του Προτείνοντα που αιτούνται κάλυψη

Όνομα(τα):

Επίθετο:

Ημερ. Γέννησης:

Α.Δ.Τ.:

Άρρεν:

Θήλυ:

(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Επάγγελμα:

Α.Φ.Μ.:

ΔΟΥ:

Ύψος (εκ):

Βάρος (κιλά):

Εθνικότητα:

Σχέση με τον Προτείνοντα:

Όνομα(τα):

Επίθετο:

Ημερ. Γέννησης:

Α.Δ.Τ.:

Άρρεν:

Θήλυ:

(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Επάγγελμα:

Α.Φ.Μ.:

ΔΟΥ:

Ύψος (εκ):

Βάρος (κιλά):

Εθνικότητα:

Σχέση με τον Προτείνοντα:

Όνομα(τα): Επίθετο:

Ημερ. Γέννησης: Α.Δ.Τ.: Άρρεν: ☐ Θήλυ: ☐
(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Επάγγελμα:

Α.Φ.Μ.: ΔΟΥ: Ύψος (εκ): Βάρος (κιλά):

Εθνικότητα: Σχέση με τον Προτείνοντα:

Όνομα(τα): Επίθετο:

Ημερ. Γέννησης: Α.Δ.Τ.: Άρρεν: ☐ Θήλυ: ☐
(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Επάγγελμα:

Α.Φ.Μ.: ΔΟΥ: Ύψος (εκ): Βάρος (κιλά):

Εθνικότητα: Σχέση με τον Προτείνοντα:

Όνομα(τα): Επίθετο:

Ημερ. Γέννησης: Α.Δ.Τ.: Άρρεν: ☐ Θήλυ: ☐
(ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Επάγγελμα:

Α.Φ.Μ.: ΔΟΥ: Ύψος (εκ): Βάρος (κιλά):

Εθνικότητα: Σχέση με τον Προτείνοντα:

1.3 Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας

Οδός & αριθμός:

Πόλη/χωριό: Νομός: Ταχ. Κώδικας: Ελλάδα

1.4 Στοιχεία επικοινωνίας

Κινητό τηλέφωνο: Άλλο τηλέφωνο:

Φαξ: Email:

ΕΝΟΤΗΤΑ 1Α – Δικαιούχοι

Πλήρες όνομα:

Α.Δ.Τ.:

Ποσοστό:

ΕΝΟΤΗΤΑ 2 – Τα στοιχεία της κάλυψης σας:

Αυτή η Ενότητα ΔΕΝ συμπληρώνεται σε περίπτωση ομαδικής ασφάλισης

2.1 Συχνότητα & τρόπος πληρωμής

Τα Ασφάλιστρα καταβάλλονται μόνο σε ευρώ.

Ετήσια ☐ Εξαμηνιαία ☐ Τριμηνιαία* ☐

*Η επιλογή αυτή είναι διαθέσιμη μόνο μέσω αυτόματης τραπεζικής εντολής.

Μέσω αυτόματης τραπεζικής εντολής ☐ Μέσω τραπεζικού εμβάσματος ☐

2.2 Επιλογή ημερομηνία έναρξης Ασφαλιστικής Περιόδου

Ημερομηνία που θα εγκρίνουμε την Πρόταση ☐ Άλλη: ☐ (ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧ)

Σε καμία περίπτωση η ημερομηνία έναρξης δύναται να είναι πριν την ημερομηνία υποβολής της Πρότασης αυτής ή 30 ημέρες μετά την υπογραφή της.

2.4 Επιλογές ανάληψης ασφαλιστικού κινδύνου

Επιλογή Α: Κάλυψη βάσει πλήρους συμπληρωμένης Πρότασης ☐

Επιλογή Β: Κάλυψη βάσει μεταφοράς από άλλο ασφαλιστήριο ☐

ΕΝΟΤΗΤΑ 3 – Ερωτηματολόγιο

Παρακαλούμε όπως απαντηθούν οι πιο κάτω ερωτήσεις 3.1 ως 3.28 για όλους τους αιτητές (ο/η Προτείνοντας και τα μέλη της οικογένειάς του/της που αιτούνται κάλυψη):

3.1	Έχετε ποτέ νοσηλευτεί σε νοσηλευτήριο ή είναι αναγκαίο να νοσηλευτείτε;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.2	Έχετε ποτέ υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.3	Λαμβάνετε ή λαμβάνατε ποτέ φαρμακευτική ή άλλη αγωγή για μεγάλη χρονική περίοδο (πέραν των 14 ημερών);	Ναι ☐	Όχι ☐
3.4	Έχετε ποτέ υποβληθεί σε ακτινογραφία, ηλεκτροκαρδιογράφημα, δοκιμασία κόπωσης, υπερηχογράφημα, μαγνητική ή αξονική τομογραφία, μαστογραφία, rap test, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, εξετάσεις αίματος ή ούρων, ή άλλες εξετάσεις που έγιναν εξαιτίας κάποιων ενοχλήσεων ή προληπτικά και υπήρξαν ευρήματα που απαιτούσαν ή απαιτούν ιατρική συμβουλή ή θεραπεία ή περαιτέρω έλεγχο;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.5	Έχετε ποτέ απαλλαγεί από τον στρατό για λόγους υγείας;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.6	Είστε έγκυος;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.7	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση καρδιαγγειακού ή κυκλοφοριακού συστήματος όπως π.χ. στεφανιαία νόσο, στηθάγχη, έμφραγμα, υπέρταση, αρρυθμία, πόνους στο στήθος, συγγενή καρδιοπάθεια, μυοκαρδιοπάθεια, πάθηση βαλβίδων, φύσημα, πάθηση αρτηριών ή φλεβών (θρόμβωση, απόφραξη, κιρσούς, οιδήματα) ή άλλο;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.8	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση αναπνευστικού συστήματος όπως π.χ. βρογχικό άσθμα, αποφρακτική πνευμονοπάθεια, φυματίωση, βρογχίτιδα, πνευμονία, πνευμοθώρακα, πλευρίτιδα, αμυγδαλές, αδеноειδείς εκβλαστήσεις (κρεατάκια), ρινικό διάφραγμα, αναπνευστική δυσχέρεια, δύσπνοια, υπνική άπνοια ή άλλο;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.9	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση χοληφόρων, γαστρεντερικού ή πεπτικού συστήματος όπως π.χ. γαστρίτιδα, παθήσεις στομάχου ή δωδεκαδάκτυλου, παθήσεις ήπατος, σπλήνα ή παγκρέατος, παγκρεατίτιδα, χολοκυστοπάθεια, ηπατίτιδα, πέτρα στη χοληδόχο κύστη, νόσο του Crohn, διάρροιες, παθήσεις εντέρου ή άλλο;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.10	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση ουροποιογεννητικού συστήματος, όπως π.χ. ουρολοίμωξη, πυελονεφρίτιδα, κωλικό νεφρού, πέτρα στα νεφρά, στους ουρητήρες ή στην κύστη, νεφρίτιδα, νεφρική ανεπάρκεια, αίμα, λεύκωμα ή σάκχαρο στα ούρα, παθήσεις προστάτη, κρυπορχία, τραχηλίτιδες, ενδομητρίωση, αφροδίσια νοσήματα, παθήσεις μήτρας, σαλπινγγών, ωοθηκών ή μαστών, ή άλλο;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.11	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση νευρικού συστήματος ή εγκεφάλου ή ψυχική πάθηση όπως συχνούς πονοκεφάλους, ημικρανίες ή ιλιγγούς, απώλεια αισθήσεων, σπασμούς, επιληψία, νεύρωση, παράλυση, σκλήρυνση κατά πλάκας, ψυχωσική συνδρομή, κατάθλιψη ή άλλο;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.12	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση μυοσκελετικού συστήματος, όπως π.χ. διακοπάθεια, οσφυοισχιαλγία, αυχεναλγία ή άλλη πάθηση της σπονδυλικής στήλης, πάθηση ή κάκωση αρθρώσεων, κάταγμα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, ρευματική πάθηση, αρθροπάθεια, μυοπάθεια, αγκυλοποιητική σπονδυλαρθροπάθεια ή άλλο;	Ναι ☐	Όχι ☐

3.13	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση του ενδοκρινολογικού συστήματος ή μεταβολικό νόσο, όπως π.χ. πάθηση θυροειδούς, ουρική αρθρίτιδα, σακχαρώδη διαβήτη, ορμονικές διαταραχές, διαταραχές κύκλου, υπερχολιστεριναιμία, πάθηση υπόφυσης ή άλλων αδένων, ή άλλο;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.14	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση αίματος όπως π.χ. αναιμία, λευχαιμία, πάθηση λεμφαδένων αίματος ή άλλο;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.15	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση ματιών, αυτιών, μύτης ή λαιμού;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.16	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση δέρματος, αλλεργία, ψωρίαση ή σπίλους;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.17	Έχετε ή είχατε ποτέ βουβωνοκήλη, ομφαλοκήλη ή άλλη κήλη;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.18	Έχετε ή είχατε ποτέ όγκο (καλοήθης ή κακοήθης) οποιασδήποτε μορφής;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.19	Έχετε γεννηθεί πρόωρα ή με κάποια πάθηση;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.20	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε άλλη πάθηση, ασθένεια, πρόβλημα υγείας ή ενόχληση που δεν αναφέρεται πιο πάνω;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.21	Έχετε κάνει ποτέ χρήση αναβολικών, ναρκωτικών ή άλλων παραισθησιογόνων ουσιών;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.22	Καπνίζετε συχνά (περισσότερο από 6 τσιγάρα την ημέρα);	Ναι ☐	Όχι ☐
3.23	Καταναλώνετε αλκοόλ συχνά (περισσότερο από: 2 ποτήρια κρασί ή 2 μπύρες ή 30 χιλιοστόλιτρα άλλων οινοπνευματωδών ποτών, την ημέρα);	Ναι ☐	Όχι ☐
3.24	Συμμετέχετε ή προπονείστε σε αθλήματα ή ασχολείστε με επικίνδυνες δραστηριότητες;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.25	Έχετε άλλο ασφαλιστήριο προσωπικών ατυχημάτων ή υγείας σε ισχύ;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.26	Σας έχει ποτέ οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία απορρίψει ή εγκρίνει με ειδικούς όρους αίτηση ή πρόταση ασφάλισης ζωής, προσωπικών ατυχημάτων ή υγείας;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.27	Σας έχει ποτέ οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία ακυρώσει, ανανεώσει με ειδικούς όρους ή αρνηθεί να ανανεώσει ασφαλιστήριο προσωπικών ατυχημάτων ή υγείας;	Ναι ☐	Όχι ☐
3.28	Έχετε ποτέ υποβάλει απαίτηση σε ασφαλιστήριο ζωής, προσωπικών ατυχημάτων ή υγείας;	Ναι ☐	Όχι ☐

Αν έχετε απαντήσει «Ναι» σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις 3.1 ως 3.28, παρακαλούμε προσδιορίστε κάθε αιτητή για τον οποίο εφαρμόζεται η απάντηση και δώστε στοιχεία όπως: λεπτομέρειες για την πάθηση και τη σημερινή ιατρική κατάσταση, στοιχεία του θεράποντος γιατρού, νοσηλευτηρίου και εμπλεκόμενων φορέων παροχής ιατρικής περίθαλψης, τη διάγνωση, τις ημερομηνίες και τύπο θεραπείας κλπ. Μπορείτε να επισυνάψετε πρόσθετες σελίδες αν είναι απαραίτητο.

ΕΝΟΤΗΤΑ 4 – Μεταφορά από άλλο ασφαλιστήριο

Αυτή η Ενότητα συμπληρώνεται ΜΟΝΟ σε περίπτωση κάλυψης βάσει μεταφοράς από άλλο ασφαλιστήριο.

Υπεύθυνη Δήλωση

Εγώ ο/η _____ επιβεβαιώνω ότι το ασφαλιστήριο υγείας / νοσηλείας / ιατροφαρμακευτικών εξόδων, αριθμός: _____, βρίσκεται σε ισχύ με την ασφαλιστική εταιρεία _____ . Αναγνωρίζω ότι οι όροι του ασφαλιστηρίου «Oscar» διαφέρουν από το υφιστάμενό μου ασφαλιστήριο και αποδέχομαι ότι η προτεινόμενη κάλυψη βασίζεται στην προϋπόθεση ότι κατά την έναρξη της Ασφαλιστικής Περιόδου -με δική μου ευθύνη- θα ακυρώσω την κάλυψη του υφιστάμενού μου ασφαλιστηρίου.

Ο Προτείνοντας:

Ημερομηνία:

(HH/MM/XXX)

ΕΝΟΤΗΤΑ 5 – Δήλωση

Δηλώνω ότι οτιδήποτε αναφέρω στην Πρόταση αυτή είναι απόλυτα αληθές και ότι δεν έχω αποκρύψει ή παραποιήσει οποιοδήποτε γεγονός ή πληροφορία και δεν έχω προβεί σε οποιαδήποτε ανακριβή δήλωση. Συμφωνώ ότι η Πρόταση με τη Δήλωση αυτή με δεσμεύει και ότι θα αποτελεί τη βάση του Ασφαλιστηρίου μεταξύ της Ασφαλιστικής Εταιρείας και εμένα και ότι η Πρόταση θα θεωρείται ότι ενσωματώνεται στο Ασφαλιστήριο, εφόσον αυτό εκδοθεί.

Δηλώνω, επίσης, ότι έχω λάβει γνώση και αποδέχομαι ότι η ευθύνη της Ασφαλιστικής Εταιρείας ξεκινά μετά τη γραπτή αποδοχή της Πρότασης αυτής.

Περαιτέρω δηλώνω ότι έχω λάβει όλη τη σχετική προσυμβατική ενημέρωση και πληροφόρηση σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις του Νόμου.

Ο Προτείνοντας:

Ημερομηνία:

(HH/MM/XXX)

Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων

Εμείς, η Ασφαλιστική Εταιρεία **HDI Global Specialty SE** που εδρεύει στο HDI-Platz1, 30659 Αννόβερο, Γερμανία δεσμευόμαστε να προστατεύσουμε την ιδιωτικότητά σας σύμφωνα με το Κοινοτικό και Εθνικό νομικό πλαίσιο που διέπει την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Σκοπός της επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων είναι η αξιολόγηση του κινδύνου προς ασφάλιση, η εκτέλεση της σύμβασης και -ενδεχομένως- η ανάλυση στατιστικών στοιχείων σε σχέση με την ασφάλιση. Η επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων είναι προϋπόθεση για τη σύναψη και την εκτέλεση του ασφαλιστηρίου σας.

Αποδέκτες των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα είναι:

- Ο αποκλειστικός ασφαλιστικός διανομέας: Wise Daedalus IKE.
- Ο αντιπρόσωπός μας: A.K. Demetriou Insurance Agents, Sub-agents & Consultants Ltd.
- Η υπηρεσία παροχής υπηρεσιών εξυπηρέτησης πελατών και χειρισμού απαιτήσεων: HealthWatch SA.
- Δημόσιες αρχές ή τρίτοι συνεργάτες μας, όπως δικηγόροι, ερευνητές κ.λπ.

Διατηρούμε τα δεδομένα για όσο διάστημα βρίσκεται σε ισχύ το ασφαλιστήριό σας. Σε περίπτωση ακύρωσης ή μη σύναψης ασφαλιστηρίου τα διατηρούμε για πέντε (5) έτη, εκτός αν συντρέχει σοβαρός λόγος να μην το πράξουμε.

Έχετε δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα σας καθώς επίσης το δικαίωμα να μας ζητήσετε να διορθώσουμε, διαγράψουμε ή/και να περιορίσουμε τη χρήση τους. Έχετε επίσης δικαίωμα να αποσύρετε τη Συγκατάθεση αυτή. Για να ασκήσετε οποιοδήποτε από τα δικαιώματά σας ή για να λύσετε οποιαδήποτε απορία σε σχέση με τη χρήση των προσωπικών σας δεδομένων, παρακαλούμε επικοινωνήστε μαζί μας στο contact@hdi-specialty.com.

Πληροφορίες για την πολιτική προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της Εταιρείας μας θα βρείτε εδώ: www.hdi-specialty.com/int/en/legals/privacy

Δήλωση συγκατάθεσης για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Δίνω τη ρητή μου συγκατάθεση για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων στη **HDI Global Specialty SE** για τους σκοπούς που αναφέρονται πιο πάνω

Πλήρες όνομα αιτητή:

Α.Δ.Τ.:

Υπογραφή
