

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (Πρόγραμμα Καθολικής συμμετοχής)

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις

ΑΡ. ΑΙΤΗΣΗΣ: 1231655

ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:

ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Επωνυμία:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο: Όνομα:

Πατρώνυμο: Ημερ. Γέννησης:

ΑΔΤ/Διαβατήριο: ΑΦΜ: ΑΜΚΑ:

Δ/ση Αλληλογραφίας: Πόλη: ΤΚ:

e-mail: Τηλ: Κινητό:

Ημ/νία πρόσληψης: Μισθός (Εφόσον απαιτείται): Ημ/νία Έναρξης Ασφάλισης:

ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Ορίζω ως δικαιούχους μου με βάση τους όρους του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, τους:

A/A	Ονοματεπώνυμο	Συγγένεια	Ποσοστό

Διατηρώ το δικαίωμα αλλαγής των παραπάνω αναφερομένων δικαιούχων, με έγγραφη ενυπόγραφη εντολή μου, σύμφωνα με τους όρους του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου

ΚΑΛΥΨΗ ΕΞΑΡΤΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

Αν προβλέπεται η κάλυψη τους από το πρόγραμμα Παροχών αναγράψτε τα εξαρτώμενα μέλη σας, δηλ. το/τη σύζυγο και τα άγαμα τέκνα ηλικίας από 3 μηνών μέχρι 18 ετών ή μέχρι 25 ετών, εφόσον σπουδάζουν (να προσκομισθεί βεβαίωση σπουδών).

A/A	Ονοματεπώνυμο	Συγγένεια	Ημ/νια Γέννησης

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

	Ασφ/νος		Σύζυγος		Τέκνα	
Υψος						
Βάρος						
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
Έχετε υποστεί ποτέ σωματική βλάβη από Ατύχημα ή έχετε νοσήσει από Ασθένεια (όποια κι αν είναι αυτή);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ακολουθείτε ή είχατε ποτέ ακολουθήσει κάποια ιατρική, φαρμακευτική ή θεραπευτική αγωγή;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έχετε νοσηλευτεί ποτέ για οποιαδήποτε αιτία;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Για τις ερωτήσεις που απαντήσατε «ναι» παρακαλούμε να αναφέρετε λεπτομέρειες:

Δηλώνω υπεύθυνα την αλήθεια των παραπάνω απαντήσεων και αποδέχομαι ότι αποτελούν τη βάση για τη συμμετοχή, τόσο τη δική μου όσο και των εξαρτώμενων μελών μου, στο Πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης που έχει συνάψει ο Λήπτης της ασφάλισης με την ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ ΑΕΓΑ. Δηλώνω ότι έχω λάβει την έγγραφη συγκατάθεση των φυσικών προσώπων, τα προσωπικά δεδομένα των οποίων ενδέχεται να αναφέρονται στην παρούσα αίτηση. Δηλώνω επίσης ότι αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω την Ασφαλιστική Εταιρία για οποιαδήποτε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας μου και της υγείας των εξαρτώμενων μελών μου, η οποία τυχόν συμβεί στο διάστημα από τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης μέχρι την ημερομηνία της οριστικής υπαγωγής μου στην ομαδική ασφάλιση. Δηλώνω τέλος ότι αποδέχομαι τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους της αναφερόμενης Ασφαλιστικής Σύμβασης.

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

1. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ & ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Αφού παρέλαβα από την Ασφαλιστική Εταιρία και ανέγνωσα το έντυπο «Ενημέρωση Φυσικών Προσώπων για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα», δίνω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων καθώς και των Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, προκειμένου να εκπληρωθεί ο σκοπός και η λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης.

Ο Ασφαλισμένος

2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Για την αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλισή μου, παρακαλώ όπως χρησιμοποιείτε:

- Την ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.
- Την ταχυδρομική διεύθυνση που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.

Ο Ασφαλισμένος

3. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΕΣ

Δίνω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων, προκειμένου να λαμβάνω ενημερώσεις για προϊόντα, υπηρεσίες ή/και έρευνες, κατά τη διάρκεια της ασφάλισής μου και έως 36 μήνες μετά τη λήξη της μέσω:

Ηλεκτρονικής διεύθυνσης (e-mail)	Ναι	Όχι
Γραπτού μηνύματος (SMS/Viber)	Ναι	Όχι
Τηλεφωνικής επικοινωνίας	Ναι	Όχι

Ασφαλισμένος

Εχετε τη δυνατότητα να τροποποιείτε ή/και να ανακαλείτε οποτεδήποτε εγγράφως ή μέσω του Τμήματος Εξυπηρέτησης Πελατών (τηλ. 210 8119670, email helpcustomer@euroripisti.gr), τη συγκατάθεσή σας για την επιλογή του τρόπου επικοινωνίας και λήψης ενημερώσεων για προϊόντα, υπηρεσίες ή/και για έρευνες.

Τόπος / Ημερομηνία

Λήπτης της Ασφάλισης

Ασφαλισμένος