



Eurolife FFH AEAZ

Αθήνα: Πανεπιστημίου 33-35 & Κοραή, Τ.Κ. 105 64

Θεσσαλονίκη: Λέοντος Σοφού 18, 3^{ος} όροφος, Τ. 2310 592880, Τ.Κ. 546 25

ΑΦΜ: 094240124, Αρ. ΓΕΜΗ: 121651960000

EUROLIFE FFH

A FAIRFAX Company



Κέντρο Εξυπηρέτησης Πελατών: Τ. 210 9303800



eurolife.gr



eurolifeconnect.gr

Εντολές πληρεξούσιου - προγράμματος «Eurolife Ασφάλιση Αλλοδαπών»

Παρατίθενται παρακάτω οι εντολές που θα πρέπει να περιέχει το πληρεξούσιο αντισυμβαλλόμενου, το οποίο θα φέρει τρίτο πρόσωπο που θα επιθυμεί να συνάψει την ασφάλιση στο όνομά του και για λογαριασμό του:

- Να προβεί σε όλες τις νόμιμες και αναγκαίες ενέργειες προκειμένου να εκδοθεί από την ασφαλιστική εταιρεία με την επωνυμία «Eurolife FFH Μονοπρόσωπη Ανώνυμος Εταιρεία Ασφαλίσεων Ζωής» ασφαλιστήριο συμβόλαιο ζωής, με αντισυμβαλλόμενο/η και ασφαλισμένο/η εμένα (ή **εναλλακτικά** «με αντισυμβαλλόμενο/η εμένα και ασφαλισμένο/η τον/την _____» **σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον αντισυμβαλλόμενο**), με ετήσια διάρκεια ισχύος της ασφάλισης, η οποία θα δύναται να ανανεώνεται κάθε φορά για ένα έτος, σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου, με εφάπαξ προκαταβολή των ασφαλίσεων κάθε έτους ασφάλισης μέσω χρέωσης του υπ' αριθμ. _____ τραπεζικού λογαριασμού που διατηρώ στην Τράπεζα _____ (ή **εναλλακτικά** «μέσω χρέωσης της υπ' αριθμ. _____ πιστωτικής μου κάρτας που έχει εκδοθεί από την Τράπεζα _____»), το οποίο (ασφαλιστήριο) θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες καλύψεις: α) πρόσκαιρη ασφάλιση ζωής ετήσιας διάρκειας με ασφαλισμένο κεφάλαιο ανερχόμενο στο ποσό των 1.000 ευρώ, β) κάλυψη μόνιμης ολικής ή μερικής ανικανότητας από ατύχημα στην Ελλάδα με ασφαλισμένο κεφάλαιο ανερχόμενο στο ποσό των 15.000 ευρώ, γ) κάλυψη ιατροφαρμακευτικών εξόδων στην Ελλάδα λόγω ασθένειας ή ατυχήματος με ασφαλισμένο κεφάλαιο ανερχόμενο στο ποσό των 1.500 ευρώ ανά ασφαλιστικό έτος και με συμμετοχή του ασφαλισμένου ανερχόμενη σε ποσοστό 20% και δ) κάλυψη δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης είτε σε δημόσιο είτε σε ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα λόγω ασθένειας ή ατυχήματος με ασφαλισμένο κεφάλαιο ανερχόμενο στο ποσό των 10.000 ευρώ ανά ασφαλιστικό έτος και με συμμετοχή του ασφαλισμένου ανερχόμενη σε ποσοστό 20% σε περίπτωση νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο.
- Να λάβει την υποχρεωτική εκ του νόμου προσυμβατική ενημέρωση και να παραλάβει όλα τα σχετικά έντυπα προσυμβατικής ενημέρωσης.
- Να συμπληρώσει και να υποβάλει στην ασφαλιστική εταιρεία με την επωνυμία «Eurolife FFH Μονοπρόσωπη Ανώνυμος Εταιρεία Ασφαλίσεων Ζωής» αίτηση ασφάλισης για τη σύναψη της ως άνω ασφάλισης και να χορηγήσει στην ασφαλιστική εταιρεία τα προσωπικά μου δεδομένα που είναι αναγκαία για τη συμπλήρωση της αίτησης ασφάλισης.
- Να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο υγείας που περιλαμβάνεται στην αίτηση ασφάλισης και ειδικότερα στις ερωτήσεις με το ακόλουθο περιεχόμενο:

1. Έχετε χειρουργηθεί τα τελευταία επτά χρόνια ή έχετε ποτέ νοσηλευτεί ή πρόκειται να νοσηλευτείτε ή έχετε λάβει ιατρική θεραπεία για θέματα υγείας που αφορούν στις παρακάτω περιπτώσεις, όπως:
 - νοσήματα της καρδιάς και του κυκλοφορικού συστήματος (π.χ. στεφανιαία νόσος έμφραγμα, αρρυθμίες, αγγειοπάθειες κ.λ.π)
 - ωτορινολαρυγγολογικά (π.χ. ρινικό διάφραγμα, αμυγδαλές, υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων κ.λ.π)
 - νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια – Χ.Α.Π κ.λ.π)
 - ρευματικά νοσήματα (π.χ. ρευματικό πυρετό, ρευματοειδή ή ψωριασική αρθρίτιδα, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα κ.λ.π)
 - νοσήματα των λεμφαδένων ή του αίματος (π.χ. Νόσος Hodgkin, λευχαιμίες κ.λ.π)
 - νοσήματα του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ παθήσεις του οισοφάγου, στομάχου, εντέρου του ήπατος, του παγκρέατος, χοληδόχου κύστης κ.λ.π)
 - νοσήματα του εγκεφάλου ή του νευρικού συστήματος (π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο, σκλήρυνση κατά πλάκας κ.λ.π)
 - καλοήγη νεοπλασμάτα (π.χ. λιπώματα) ή όγκο ή καρκίνο
 - ενδοκρινολογικές παθήσεις (π.χ. θυρεοειδή, ωοθηκών, υπόφυσης κ.λ.π)
 - σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, υπερχοληστεριναίμια, • νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος ή του γεννητικού συστήματος (π.χ. παθήσεις των νεφρών, προστάτη, ουροδόχου κύστης, γεννητικών οργάνων, μαστών κ.λ.π)
 - νοσήματα του ανοσοποιητικού συστήματος ή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (π.χ. HPV ή HIV λοίμωξη) ή αναπηρίες ή συγγενή πάθηση;
2. Έχετε σήμερα κάποιο πρόβλημα υγείας, αναπηρίας ή ασθένειας ή παίρνετε φάρμακα, ανεξάρτητα αν βρίσκεστε ή όχι υπό ιατρική παρακολούθηση;
3. Είστε αριστερόχειρας;

Να παράσχει οποιεσδήποτε διευκρινίσεις τυχόν ζητηθούν από την ασφαλιστική εταιρεία με την επωνυμία «Eurolife FFH Μονοπρόσωπη Ανώνυμος Εταιρεία Ασφαλίσεων Ζωής» σε σχέση με τις απαντήσεις που θα δώσει στο ως άνω ερωτηματολόγιο.

- Να λάβει από την ασφαλιστική εταιρεία με την επωνυμία «Eurolife FFH Μονοπρόσωπη Ανώνυμος Εταιρεία Ασφαλίσεων Ζωής» την ενημέρωση υποκειμένων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα για την επεξεργασία των δεδομένων τους, με βάση τον Κανονισμό ΕΕ 2016/679 και τη συναφή ελληνική νομοθεσία και να με ενημερώσει σχετικά.
- Να δηλώσει προς την ασφαλιστική εταιρεία με την επωνυμία «Eurolife FFH Μονοπρόσωπη Ανώνυμος Εταιρεία Ασφαλίσεων Ζωής» α) τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία από αυτή των προσωπικών μου δεδομένων που αφορούν την υγεία μου για την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών που αφορούν σε περιστατικά υγείας και περίθαλψης και β) **τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία από αυτή των προσωπικών μου δεδομένων με σκοπό τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης υπηρεσιών ή προϊόντων από τις εταιρείες του Ομίλου Eurolife FFH και υπηρεσιών ή προϊόντων που προσφέρουν τρίτοι συενργαζόμενοι με τις εταιρείες του Ομίλου Eurolife FFH. Σημειώνεται ότι το μαρκαρισμένο με bold τμήμα δεν είναι απαραίτητο να τεθεί στο πληρεξούσιο.**
- Να ορίσει τ [] ως δικαιούχο/δικαιούχους του ασφαλίματος σε περίπτωση απώλειας της ζωής του ασφαλισμένου.
- Να παραλάβει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα εκδοθεί από την ασφαλιστική εταιρεία με την επωνυμία «Eurolife FFH Μονοπρόσωπη Ανώνυμος Εταιρεία Ασφαλίσεων Ζωής», καθώς και τις ανανεώσεις αυτού.
- Σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικής περίπτωσης να προβεί σε όλες τις νόμιμες και αναγκαίες ενέργειες, όπως ενδεικτικά υποβολή αιτήσεων και προσκόμιση όλων των εγγράφων που θα ζητηθούν από την ασφαλιστική εταιρεία, προκειμένου να καταβληθεί η ασφαλιστική αποζημίωση που τυχόν θα δικαιούμαι σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου με κατάθεση του ποσού της αποζημίωσης στον υπ' αριθμ. [] Τραπεζικό λογαριασμό που διατηρώ στην Τράπεζα []
- Διορίζω τον [] ως αντίκλητό μου προκειμένου να παραλαμβάνει όλα τα έγγραφα και παραστατικά που θα αφορούν την ως άνω ασφαλιστική σύμβαση.

Παρατίθενται παρακάτω οι εντολές που θα πρέπει να περιέχει το πληρεξούσιο που θα πρέπει να χορηγήσει ο ασφαλισμένος σε τρίτο πρόσωπο σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος είναι ενήλικο πρόσωπο διαφορετικό από τον αντισυμβαλλόμενο:

- Να προβεί σε όλες τις νόμιμες και αναγκαίες ενέργειες προκειμένου να συναινέσει στην έκδοση από την ασφαλιστική εταιρεία με την επωνυμία «Eurolife FFH Μονοπρόσωπη Ανώνυμος Εταιρεία Ασφαλίσεων Ζωής» ασφαλιστηρίου συμβολαίου ζωής, με αντισυμβαλλόμενο/ή τον/την [] ασφαλισμένο/η έμένα και δικαιούχο/δικαιούχους του ασφαλίματος σε περίπτωση απώλειας της ζωής του ασφαλισμένου τ [] , με ετήσια διάρκεια ισχύος της ασφάλισης, η οποία θα δύναται να ανανεώνεται κάθε φορά για ένα έτος, σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου, το οποίο (ασφαλιστήριο) θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες καλύψεις: α) πρόσκαιρη ασφάλιση ζωής ετήσιας διάρκειας με ασφαλισμένο κεφάλαιο ανερχόμενο στο ποσό των 1.000 ευρώ, β) κάλυψη μόνιμης ολικής ή μερικής ανικανότητας από ατύχημα στην Ελλάδα με ασφαλισμένο κεφάλαιο ανερχόμενο στο ποσό των 15.000 ευρώ, γ) κάλυψη ιατροφαρμακευτικών εξόδων στην Ελλάδα λόγω ασθένειας ή ατυχήματος με ασφαλισμένο κεφάλαιο ανερχόμενο στο ποσό των 1.500 ευρώ ανά ασφαλιστικό έτος και με συμμετοχή του ασφαλισμένου ανερχόμενη σε ποσοστό 20% και δ) κάλυψη δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης είτε σε δημόσιο είτε σε ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα λόγω ασθένειας ή ατυχήματος με ασφαλισμένο κεφάλαιο ανερχόμενο στο ποσό των 10.000 ευρώ ανά ασφαλιστικό έτος και με συμμετοχή του ασφαλισμένου ανερχόμενη σε ποσοστό 20% σε περίπτωση νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο.
- Να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο υγείας που περιλαμβάνεται στην αίτηση ασφάλισης και ειδικότερα στις ερωτήσεις με το ακόλουθο περιεχόμενο:
 1. Έχετε χειρουργηθεί τα τελευταία επτά χρόνια ή έχετε ποτέ νοσηλευτεί ή πρόκειται να νοσηλευτείτε ή έχετε λάβει ιατρική θεραπεία για θέματα υγείας που αφορούν στις παρακάτω περιπτώσεις, όπως:
 - νοσήματα της καρδιάς και του κυκλοφορικού συστήματος (π.χ. στεφανιαία νόσος έμφραγμα, αρρυθμίες, αγγειοπάθειες κ.λ.π)
 - ωτορινολαρυγγολογικά (π.χ. ρινικό διάφραγμα, αμυγδαλές, υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων κ.λ.π)
 - νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια – Χ.Α.Π κ.λ.π)
 - ρευματικά νοσήματα (π.χ. ρευματικό πυρετό, ρευματοειδή ή ψωριασική αρθρίτιδα, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα κ.λ.π)
 - νοσήματα των λεμφαδένων ή του αίματος (π.χ. Νόσος Hodgkin, λευχαιμίες κ.λ.π.)
 - νοσήματα του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ παθήσεις του οισοφάγου, στομάχου, εντέρου του ήπατος, του παγκρέατος, χοληδόχου κύστης κ.λ.π)
 - νοσήματα του εγκεφάλου ή του νευρικού συστήματος (π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο, σκλήρυνση κατά πλάκας κ.λ.π)
 - καλοήγη νεοπλασμάτα (π.χ. λιπώματα) ή όγκο ή καρκίνο
 - ενδοκρινολογικές παθήσεις (π.χ. θυρεοειδή, ωοθηκών, υπόφυσης κ.λ.π)
 - σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, υπερχοληστεριναίμια, • νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος ή του γεννητικού συστήματος (π.χ. παθήσεις των νεφρών, προστάτη, ουροδόχου κύστης, γεννητικών οργάνων, μαστών κ.λ.π)

νοσήματα του ανοσοποιητικού συστήματος ή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (π.χ. HPV ή HIV λοίμωξη) ή αναπηρίες ή συγγενή πάθηση;

2. Έχετε σήμερα κάποιο πρόβλημα υγείας, αναπηρίας ή ασθένειας ή παίρνετε φάρμακα, ανεξάρτητα αν βρίσκεστε ή όχι υπό ιατρική παρακολούθηση;
3. Είστε αριστερόχειρας;

Να παράσχει οποιοσδήποτε διευκρινίσεις τυχόν ζητηθούν από την ασφαλιστική εταιρεία με την επωνυμία «Eurolife FFH Μονοπρόσωπη Ανώνυμος Εταιρεία Ασφαλίσεων Ζωής» σε σχέση με τις απαντήσεις που θα δώσει στο ως άνω ερωτηματολόγιο.

- Σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικής περίπτωσης να προβεί σε όλες τις νόμιμες και αναγκαίες ενέργειες, όπως ενδεικτικά υποβολή αιτήσεων και προσκόμιση όλων των εγγράφων που θα ζητηθούν από την ασφαλιστική εταιρεία, προκειμένου να καταβληθεί η ασφαλιστική αποζημίωση που τυχόν θα δικαιούμαι σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου με κατάθεση του ποσού της αποζημίωσης στον υπ' αριθμ. Τραπεζικό λογαριασμό που διατηρώ στην Τράπεζα

- Να λάβει από την ασφαλιστική εταιρεία με την επωνυμία «Eurolife FFH Μονοπρόσωπη Ανώνυμος Εταιρεία Ασφαλίσεων Ζωής» την ενημέρωση υποκειμένων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα για την επεξεργασία των δεδομένων τους, με βάση τον Κανονισμό ΕΕ 2016/679 και τη συναφή ελληνική νομοθεσία και να με ενημερώσει σχετικά.

- Να δηλώσει προς την ασφαλιστική εταιρεία με την επωνυμία «Eurolife FFH Μονοπρόσωπη Ανώνυμος Εταιρεία Ασφαλίσεων Ζωής» α) τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία από αυτή των προσωπικών μου δεδομένων που αφορούν την υγεία μου για την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών που αφορούν σε περιστατικά υγείας και περίθαλψης και β) **τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία από αυτή των προσωπικών μου δεδομένων με σκοπό τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης υπηρεσιών ή προϊόντων από τις εταιρείες του Ομίλου Eurolife FFH και υπηρεσιών ή προϊόντων που προσφέρουν τρίτοι συενργαζόμενοι με τις εταιρείες του Ομίλου Eurolife FFH. Σημειώνεται ότι το μαρκαρισμένο με bold τμήμα δεν είναι απαραίτητο να τεθεί στο πληρεξούσιο.**

- Διορίζω τον ως αντίκλητό μου προκειμένου να παραλαμβάνει όλα τα έγγραφα και παραστατικά που θα αφορούν την ως άνω ασφαλιστική σύμβαση.