

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης			
Επώνυμο	Όνομα		Πατρώνυμο
Κύριο Επάγγελμα	Α.Δ.Τ.		Διαβατήριο
Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.	Ημερομηνία Γέννησης	Υψηκοότητα
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό	E-mail	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας		T.K.	Πόλη
Σχέση με τον κυρίως Ασφαλιζόμενο			

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζόμενου			
Επώνυμο	Όνομα		Πατρώνυμο
Κύριο Επάγγελμα	Α.Δ.Τ.		Διαβατήριο
Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.	Ημερομηνία Γέννησης	Υψηκοότητα
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό	E-mail	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας		T.K.	Πόλη
ΑΜΚΑ	Ταμείο Ασφάλισης	Βιβλιάριο Ασθενείας	Ύψος/Βάρος
		ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	

Εξαρτώμενα Μέλη				
	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΠΑΙΔΙΑ		
		1° μέλος	2° μέλος	3° μέλος
Επώνυμο				
Όνομα				
Πατρώνυμο				
Ημερομηνία Γέννησης				
Επάγγελμα				
Α.Φ.Μ.				
Δ.Ο.Υ.				
Ύψος / Βάρος				
Ταμείο Ασφάλισης				
ΑΜΚΑ				
Βιβλιάριο Ασθενείας	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

Ερωτηματολόγιο Προσώπων προς Ασφάλιση		
Το ερωτηματολόγιο αφορά όλα τα πρόσωπα προς Ασφάλιση (Ασφαλιζόμενο & Εξαρτώμενα Μέλη)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα, ανικανότητα, αναπηρία, δυσμορφία ή συγγενή πάθηση;		
2. Έχετε ασθενήσει ποτέ ή πάσχετε από:		
α. Καρδιακή ανεπάρκεια ή στεφανιαία νόσο;		
β. Ελκώδη κολίτιδα ή την νόσο Crohn;		
γ. Εκφυλιστικά νοσήματα νευρικού συστήματος ή από την νόσο Parkinson;		
δ. Σκλήρυνση κατά πλάκας ή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή νεφρική ανεπάρκεια;		
ε. Κακοήθειες νεοπλασίες;		

Διευκρινίσεις Ερωτηματολογίου
Επεξηγήστε λεπτομερώς τις καταφατικές απαντήσεις, δίδοντας τον αριθμό της ερώτησης και το όνομα του προτεινόμενου για ασφάλιση.

Διάρκεια Ασφάλισης & Τρόπος Πληρωμής Ασφαλιστρών		
Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης	ΕΛΑ
Συχνότητα Πληρωμής	Ετήσια <input type="checkbox"/> Μηνιαία <input type="checkbox"/> Τριμηνιαία <input type="checkbox"/> Μηνιαία* <input type="checkbox"/> (*μόνο μέσω Πάγιας Εντολής Χρέωσης Τραπεζικού Λογαριασμού)	
Πάγια Εντολή Χρέωσης Τραπεζικού Λογαριασμού	<input type="checkbox"/> (απαιτείται συμπλήρωση του εντύπου Πάγιας Εντολής)	

## Δηλώσεις - Εξουσιοδοτήσεις - Συγκαταθέσεις

Ο υπογράφων, με την ιδιότητα του κυρίως ασφαλισμένου ή ως ασκών τη γονική μέριμνα του ανήλικου τέκνου μου ως εξαρτώμενου και ασφαλισμένου μέλους ή ως εξαρτώμενο ασφαλισμένο μέλος, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε εμένα περιστατικών που είναι ουσιώδη για τη σύναψη αυτής της ασφάλισης, δηλώνω ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα αίτηση και αφορούν εμένα καθώς και την υγεία των υποψηφίων για ασφάλιση είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιοδήποτε παραλείψεις και μεταβολές. Αποδέχομαι δε ότι θα αποτελέσουν τη βάση για το υπό έκδοση Ασφαλιστήριο και την αντιμετώπιση της ασφαλιστικής περίπτωσης. Έχω λάβει επίσης γνώση του δικαιώματός της Εταιρείας να αρνηθεί την αίτηση για ασφάλιση ή να την κάνει αποδεκτή με όρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται, χωρίς την υποχρέωση να δικαιολογήσει την απόφασή της.

**1. Γνωρίζω ότι στην ασφάλιση αυτή ισχύουν οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι που μου παραδόθηκαν αλλά και των οποίων έχω λάβει γνώση διαβάζοντάς τους στην ιστοσελίδα της Εταιρείας σας. Στους Όρους αυτούς περιλαμβάνονται και Εξαιρέσεις τις οποίες και αποδέχομαι. Με την παρούσα υποβάλλω αίτηση ασφάλισης που θα περιλαμβάνει όλους τους ανωτέρω Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης.**

**2. Παρέλαβα το ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 150 του Ν.4364/2016 όπως αυτό ισχύει και τις σχετικές δηλώσεις εναντίωσης και υπαναχώρησης.**

**3. Συγκατάθεση για τη χρήση ΑΜΚΑ:** Έχω ενημερωθεί και δίνω τη συγκατάθεσή μου σε κάθε συνεργαζόμενο με την Εταιρεία Ιατρώ, να έχει πρόσβαση στα δικά μου προσωπικά δεδομένα υγείας, στα δεδομένα υγείας των εξαρτώμενων και ασφαλισμένων μελών, στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ και σε αντίστοιχες δημόσιες υπηρεσίες χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της χώρας καταγωγής μας και να χρησιμοποιεί τον/τους αναφερόμενους ως άνω ΑΜΚΑ και να τα γνωστοποιήσει στην ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. ώστε να επεξεργαστεί τα ιατρικά δεδομένα που θα προκύψουν. Στα δεδομένα αυτά θα έχει πρόσβαση μόνο ειδικά εξουσιοδοτημένο προσωπικό της Εταιρείας και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για την εκτίμηση του ασφαλιστικού κινδύνου/ασφαλιστικής κάλυψης που συνδέεται με την παρούσα αίτηση ασφάλισης.

<b>Κυρίως Ασφαλιζόμενος</b> καθώς και υπέρ ανηλικών, ως έχων τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους	<b>Εξαρτώμενα Μέλη</b>
<input type="checkbox"/> <b>Συναιώ</b> <input type="checkbox"/> <b>Δεν συναιώ</b> (check & υπογραφή)	<input type="checkbox"/> <b>Συναιώ</b> <input type="checkbox"/> <b>Δεν συναιώ</b> (check & υπογραφή)

**4. Συγκατάθεση για τη χρήση Ιατρικών Δεδομένων:** Έχω ενημερωθεί και συναιώ η ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. να αναζητεί και να λαμβάνει κάθε πληροφορία ή αρχείο (π.χ. εξετάσεις, γνωματεύσεις, ιστορικό) από τους Ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που περιέβαλαν εμένα ή το εξαρτώμενο ασφαλισμένο μέλος και να διενεργεί κάθε αναγκαία έρευνα για την αναφερόμενη στην παρούσα ασφαλιστική περίπτωση. Επίσης, συναιώ και παρέχω με την παρούσα, την ειδική εντολή στους Ιατρούς αυτούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα να χορηγούν γραπτά ή προφορικά στοιχεία που θα ζητήσει η Εταιρεία και αφορούν σε προσωπικά δεδομένα υγείας δικά μου ή των εξαρτώμενων ασφαλισμένων μελών σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου που αναφέρεται στην παρούσα. Η συγκατάθεσή μου και η εξουσιοδότηση στους Ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα παρέχεται για όλη τη διάρκεια του ασφαλιστηρίου συμβολαίου και καταλαμβάνει και την περίπτωση δικού μου θανάτου ή των εξαρτώμενων ασφαλισμένων μελών.

<b>Κυρίως Ασφαλιζόμενος</b> καθώς και υπέρ ανηλικών, ως έχων τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους	<b>Εξαρτώμενα Μέλη</b>
<input type="checkbox"/> <b>Συναιώ</b> <input type="checkbox"/> <b>Δεν συναιώ</b> (check & υπογραφή)	<input type="checkbox"/> <b>Συναιώ</b> <input type="checkbox"/> <b>Δεν συναιώ</b> (check & υπογραφή)

**5. Συγκατάθεση σχετικά με ασφάλιση μέσω SMS, E-mail:** Συναιώ στην ενημέρωσή και λήψη εγγράφων που αφορούν στην ασφάλιση (π.χ. Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, Ανανέωση, Είδοπιση Πληρωμής κ.λπ.) μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης (e-mail) ή/και μέσω γραπτού μηνύματος sms στο κινητό τηλέφωνο.

<b>Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης</b>
<input type="checkbox"/> <b>Συναιώ</b> <input type="checkbox"/> <b>Δεν συναιώ</b> (check & υπογραφή)

**6. Συγκατάθεση σχετικά με διαφημιστικούς, εμπορικούς σκοπούς:** Συναιώ να λαμβάνω ενημερώσεις για διαφημιστικούς, εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς και σκοπούς προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών με αυτοματοποιημένα μέσα π.χ. μέσω e-mail, SMS, μέσω κοινωνικής δικτύωσης ή τηλεφωνικά.

<b>Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης</b>
<input type="checkbox"/> <b>Συναιώ</b> <input type="checkbox"/> <b>Δεν συναιώ</b> (check & υπογραφή)

**7. Ενημέρωση σχετικά με την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων:** Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα επιβεβαιώνει ότι έχω ενημερωθεί από το «Έντυπο Ενημέρωσης για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα» σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν εμένα και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη με σκοπούς **α)** την εκτίμηση του ασφαλιστικού κινδύνου/ασφαλιστικής κάλυψης σύμφωνα με τα ιατρικά δεδομένα που θα προκύψουν, **β)** τη λήψη κάθε πληροφορίας σε σχέση με τα δεδομένα υγείας που αφορούν εμένα και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, **γ)** τη λήψη ενημερώσεων σχετικά με την ασφάλιση μέσω SMS, e-mail και **δ)** τη λήψη ενημερώσεων για διαφημιστικούς, εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς και σκοπούς προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών. Για τους παραπάνω σκοπούς επεξεργασίας, παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην εταιρεία ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. με αριθμό Γ.Ε.ΜΗ. 057606004000, που εδρεύει στο 14ο χλμ. Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Πολυγύρου, Τ.Κ. 57001, Θέρμη, Θεσσαλονίκη, τηλέφωνο 2310499000, e-mail info@interlife.gr, ενώ παράλληλα έχω ενημερωθεί ότι:

- Τα δεδομένα υγείας που αφορούν εμένα και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη, όπως ενδεικτικά οι πληροφορίες που αναφέρονται στο παρόν ερωτηματολόγιο, δεδομένα υγείας που περιλαμβάνονται στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ και όσες προκύπτουν από την επέλευση του ασφαλιστικού κινδύνου (π.χ. εξετάσεις, γνωματεύσεις, ιστορικό κ.λπ.) από τους Ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που περιέβαλαν εμένα ή τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη, θα κοινοποιηθούν μόνο σε συνεργαζόμενους Ιατρούς, Νοσηλευτικά Ιδρύματα και Διαγνωστικά Κέντρα που δεσμεύονται από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων και τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Τα δεδομένα που αφορούν απλές κατηγορίες δεδομένων, όπως ενδεικτικά οι πληροφορίες σχετικά με το όνομα και τα στοιχεία επικοινωνίας, συλλέγονται για τον σκοπό της σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης και είναι απαραίτητα για την εκτέλεση της ή για να ληφθούν μέτρα πριν από τη σύναψη. Η εταιρεία ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. δεν διαβιβάζει εκτός της ασφαλιστικής Ένωσης τα Προσωπικά Δεδομένα των ασφαλισμένων και των εξαρτώμενων μελών. Στις περιπτώσεις που τέτοια διαβίβαση είναι απαραίτητη (για παράδειγμα, αν η χώρα καταγωγής είναι εκτός της Ε.Ε.) η διαβίβαση γίνεται τηρώντας τις προϋποθέσεις ασφάλειας και εγγύησης των δικαιωμάτων που θέτει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων.
- Τα δεδομένα υγείας που αφορούν εμένα και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη θα διατηρούνται όσο χρόνο διαρκεί η Ασφαλιστική Σύμβαση και οπωσδήποτε μέχρι την παραγραφή των αξιώσεων που προκύπτουν από αυτήν τη σύμβαση, ή σε περίπτωση δικαστικής διεκδίκησης, μέχρι την ολοκλήρωση της διαδικασίας στο Δικαστήριο. Τα δεδομένα που συλλέγονται για τη λήψη εγγράφων που αφορούν στην ασφάλιση, μέσω SMS και ενημερώσεων για διαφημιστικούς σκοπούς διατηρούνται για όσο χρόνο διαρκεί η ασφάλιση και για δύο (2) έτη μετά τη λήξη της. Σε περίπτωση που το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο δεν συναφθεί, για οποιοδήποτε λόγο, τα δεδομένα τηρούνται για πέντε (5) έτη.
- Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω ελεύθερα ανά πάσα στιγμή την παρούσα συγκατάθεση μου σχετικά με τις επεξεργασίες α, β, γ, και δ και ότι τυχόν ανάκληση δεν θίγει τη νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεσή μου πριν την ανάκλησή της. Γνωρίζω ότι άρνηση ή ανάκληση της σχετικής συναίνεσης δίνει το δικαίωμα στην Εταιρεία να καταγγείλει τη σύμβαση. Έχω ενημερωθεί και για τα δικαιώματά μου, ενώ και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη έχω με δικαίωμα διατηρούμε, ως υποκείμενα των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας, εναντίωσης στην επεξεργασία αυτών, το δικαίωμα εξασφάλισης ανθρώπινης παρέμβασης σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες) και την άσκησή τους με την αποστολή e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση dro@interlife.gr ή τηλεφωνικά στο 2310499000. Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερθέντων δικαιωμάτων, η εταιρεία ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή του εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή του ή τους λόγους που εμποδίζουν την άσκηση. Σε κάθε περίπτωση, δικαιούμαι να απευθυνθώ στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, είτε σε γραπτή μορφή (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 11523), είτε ηλεκτρονικά ([www.dpa.gr](http://www.dpa.gr)).

<b>Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης</b>			
(υπογραφή)			
<b>Συμβαλλόμενος</b>	<b>Κυρίως Ασφαλιζόμενος</b>	<b>Συνεργάτης</b>	<b>Άμεσος Διανομέας</b>
		<b>Επωνυμία</b>	<b>Επωνυμία</b>
		<b>Α.Φ.Μ.</b>	<b>Α.Φ.Μ.</b>
		<b>Α.Ε.Μ.</b>	<b>Α.Ε.Μ.</b>
(υπογραφή)	(υπογραφή)	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)

Τόπος .....

Ημερομηνία .....

ISO 9001:2015

ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. | Γ.Ε.ΜΗ.: 057606004000 | 14<sup>ο</sup> χλμ. Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Πολυγύρου, Τ.Κ. 57001 Θέρμη, Θεσσαλονίκη

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ "D4AGNOSIS Care" [2/2]