

Παρακαλούμε να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις της αίτησης [ΣΥΝΟΛΟ ΣΕΛΙΔΩΝ: 3]

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

Στοιχεία Ασφαλιζόμενου		
Επώνυμο	Όνομα	
Πατρώνυμο	Α.Δ.Τ.	Διαβατήριο
Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.	
Ημερομηνία Γέννησης	Υψηκότητα	
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό	
Κύριο Επάγγελμα		
E-mail		
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	Τ.Κ.	Πόλη
ΑΜΚΑ	Ύψος	Βάρος

Διάρκεια Ασφάλισης & Τρόπος Πληρωμής	
Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης
Τρόπος Πληρωμής	Εφάπαξ <input type="checkbox"/> Άτοκες δόσεις με χρήση πιστωτικής κάρτας <input type="checkbox"/>

PRO.YG-KNDR.1222

## Ερωτηματολόγιο Προσώπου προς Ασφάλιση

Το ερωτηματολόγιο αφορά τον ασφαλιζόμενο	ΝΑΙ	ΟΧΙ
<b>1.</b> Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα, ανικανότητα, αναπηρία, δυσμορφία ή συγγενή πάθηση;		
<b>2.</b> Είστε αθλητής σε επαγγελματικό ή ερασιτεχνικό σωματείο;		
<b>3.</b> Έχετε κάποιο hobby ή ασχολείστε με extreme sports;		
<b>4.</b> Υποφέρουν ή υπέφεραν γονείς ή αδέρφια από διαβήτη, υπέρταση, καρδιακή πάθηση, καρκίνο ή άλλα κληρονομικά νοσήματα;		
<b>5.</b> Έχετε ασθενήσει ποτέ ή πάσχετε από:		
<b>α.</b> Νοσήματα της καρδιάς ή του κυκλοφορικού συστήματος (π.χ. ισχαιμικές καρδιοπάθειες, έμφραγμα, υπέρταση, αρρυθμίες, αγγειοπάθειες κ.λπ.);		
<b>β.</b> Νοσήματα των λεμφαδένων ή του αίματος;		
<b>γ.</b> Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα, εμφύσημα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.λπ.);		
<b>δ.</b> Νοσήματα του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ. παθήσεις στομάχου, εντέρου, οισοφάγου, παγκρέατος, χοληδόχου κύστης κ.λπ.);		
<b>ε.</b> Νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος (π.χ. παθήσεις νεφρών, προστάτη, κύστης, γεννητικών οργάνων κ.λπ.);		
<b>ζ.</b> Ωτορινολαρυγγολογικά νοσήματα (π.χ. ρινικό διάφραγμα, αμυγδαλές, αδενοειδείς εκβλαστήσεις κ.λπ.);		
<b>η.</b> Νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος (π.χ. σπονδυλική στήλη, μυών, αρθρώσεων κ.λπ.);		
<b>θ.</b> Νοσήματα του εγκεφάλου ή του νευρικού συστήματος;		
<b>ι.</b> Ενδοκρινολογικές παθήσεις (π.χ. θυρεοειδή, ωοθηκών κ.λπ.);		
<b>κ.</b> Ρευματικά νοσήματα (π.χ. ρευματικό πυρετό, ρευματοειδή αρθρίτιδα, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα κ.λπ.);		
<b>6.</b> Είχατε ποτέ ή πάσχετε από:		
<b>α.</b> Ραγάδες δακτυλίου, περιεδρικό απόστημα, κύστη κόκκυγος;		
<b>β.</b> Ομφαλοκήλη, βουβωνοκήλη ή άλλες κήλες;		
<b>7.</b> Έχετε κάποιο ελάττωμα στην ακοή, στην ομιλία ή στην όραση;		
<b>8.</b> Νοσηλεύτηκατε ποτέ για οποιαδήποτε αιτία και τότε;		
<b>9.</b> Έχετε υποστεί οποιοδήποτε ατύχημα με αποτέλεσμα κάκωση μυών, οστών ή αρθρώσεων και γενικά του μυοσκελετικού συστήματος; Σε ποιες εξετάσεις υποβλήθηκατε;		
<b>10.</b> Υποφέρει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας (γονείς, αδέρφια) από χρόνια πάθηση;		
<b>11.</b> Πάσχετε από σακχαρώδη διαβήτη;		
<b>12.</b> Έχετε περάσει άλλη ασθένεια, είχατε ή έχετε ενοχλήματα με περιπτώσεις που δεν έχουν αναφερθεί σε προηγούμενες ερωτήσεις;		
<b>13.</b> Έχετε νοσήσει από COVID-19 ή έχετε νοσηλευτεί λόγω COVID-19;		
<b>α. COVID-19 χωρίς νοσηλεία</b> Χρονικό διάστημα μεταξύ ημερομηνίας αίτησης και ημερομηνίας διάγνωσης με COVID-19: <input type="checkbox"/> Μικρότερο των 2 μηνών <input type="checkbox"/> Μεγαλύτερο των 2 μηνών		
<b>β. COVID-19 με νοσηλεία</b> Η νοσηλεία σας έγινε σε κλίνη: <input type="checkbox"/> Απλή <input type="checkbox"/> Μ.Ε.Θ. Χρονικό διάστημα μεταξύ ημερομηνίας αίτησης και ημερομηνίας εξόδου από το νοσοκομείο: <input type="checkbox"/> Μικρότερο των 4 μηνών <input type="checkbox"/> Μεγαλύτερο των 4 μηνών		

## Διευκρινίσεις Ερωτηματολογίου

Παρακαλούμε επεξηγήσατε λεπτομερώς τις καταφατικές απαντήσεις, δίδοντας στον πιο κάτω πίνακα τον αριθμό της ερώτησης.


## Δηλώσεις - Εξουσιοδοτήσεις - Συγκαταθέσεις

Ο/Η υπογράφων/ουσα ως ασκών/ούσα τη γονική μέριμνα του ανήλικου τέκνου μου γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε μένα 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 στην υγεία του υποψηφίου για ασφάλιση τέκνου μου είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιοσδήποτε 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 δικαιώματος 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 Ιατρό, να έχει πρόσβαση στα προσωπικά δεδομένα υγείας του ανήλικου τέκνου μου και ειδικότερα στα δεδομένα υγείας που περιλαμβάνονται στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ και σε αντίστοιχες δημόσιες υπηρεσίες χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της χώρας καταγωγής, να χρησιμοποιεί τον αναφερόμενο 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 μόνον 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.

### Ο ασκών τη γονική μέριμνα

Συμμετέχω  Δεν συμμετέχω  (check & υπογραφή)

**4. Συγκατάθεση για τη χρήση Ιατρικών Δεδομένων:** Έχω ενημερωθεί και συνηνώνω η ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. να αναζητεί και να λαμβάνει κάθε πληροφορία ή αρχείο σχετικά με τα δεδομένα υγείας του ανήλικου ασφαλισμένου τέκνου μου (π.χ. εξετάσεις, γνωματεύσεις, ιστορικό) από τους ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που περιέβαλλαν το ανήλικο ασφαλισμένο τέκνο μου και να διενεργεί κάθε αναγκαία έρευνα για την αναφερόμενη στην παρούσα ασφαλιστική περίπτωση. Επίσης, συγκατατίθεμαι στη χορήγηση δεδομένων υγείας του ανήλικου ασφαλισμένου τέκνου μου στην ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. εκ μέρους των ιατρών και των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων με γραπτό ή προφορικό τρόπο σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου που αναφέρεται στην παρούσα. Η συγκατάθεσή μου και η εξουσιοδότηση στους ιατρούς και Νοσηλευτικά Ιδρύματα παρέχεται για όλη τη διάρκεια του ασφαλιστηρίου συμβολαίου και καταλαμβάνει και την περίπτωση θανάτου του ανήλικου ασφαλισμένου τέκνου μου.

### Ο ασκών τη γονική μέριμνα

Συμμετέχω  Δεν συμμετέχω  (check & υπογραφή)

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

### Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης

Συμμετέχω  Δεν συμμετέχω  (check & υπογραφή)

**6. Συγκατάθεση σχετικά με διαφημιστικούς, εμπορικούς σκοπούς:** Συνηνώνω 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.

### Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης

Συμμετέχω  Δεν συμμετέχω  (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 του ανήλικου ασφαλισμένου τέκνου μου 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 του ανήλικου ασφαλισμένου τέκνου μου 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 του τέκνου μου, όπως ενδεικτικά: οι πληροφορίες που αναφέρονται στο παρόν ερωτηματολόγιο, τα δεδομένα υγείας που περιλαμβάνονται στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ και όλα στοιχεία προκύπτουν από την επέλευση του ασφαλιστικού κινδύνου (π.χ. εξετάσεις, γνωματεύσεις, ιστορικό κ.λπ.) από τους Ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που περιέβαλλαν το ανήλικο ασφαλισμένο τέκνο μου, 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 εκτέλεσή της ή για να ληφθούν μέτρα πριν από τη σύναψη. Η εταιρεία ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. δεν διαβιβάζει εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα Προσωπικά Δεδομένα του ασφαλισμένου παιδιού. Στις περιπτώσεις που τέτοια διαβίβαση είναι απαραίτητη (για παράδειγμα, αν η χώρα καταγωγής μου είναι εκτός της Ε.Ε.) η διαβίβαση γίνεται τηρώντας τις προϋποθέσεις ασφάλειας και εγγύησης των δικαιωμάτων που θέτει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας 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 συγκατάθεσή 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, το ανήλικο ασφαλισμένο τέκνο μου έχει και διατηρεί, ως υποκείμενο των δεδομένων (πρόσβαση, διόρθωση, διαγραφή, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητα, εναντίωση 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).

### Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης

(υπογραφή)

Συμβαλλόμενος	Ασφαλιζόμενος	Συεργάτης		Άμεσος Διανομέας	
		Επωνυμία	Α.Φ.Μ.	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.
(υπογραφή)	(υπογραφή)	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	Α.Ε.Μ.	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	Α.Ε.Μ.

Τόπος .....

Ημερομηνία .....