

Παρακαλούμε να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις της αίτησης
[ΣΥΝΟΛΟ ΣΕΛΙΔΩΝ: 4]

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης

Επώνυμο	Όνομα		
Πατρώνυμο	A.Δ.Τ.	Διαβατήριο	
A.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.		
Ημερομηνία Γέννησης	Υπηκοότητα		
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό		
Κύριο Επάγγελμα	E-mail		
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	T.K.	Πόλη	
Σχέση με τον κυρίως Ασφαλιζόμενο			

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζόμενου

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

Διάρκεια Ασφάλισης & Τρόπος Πληρωμής Ασφαλίσεων

Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης	ΕΛΑ
Συχνότητα Πληρωμής Ετήσια <input type="checkbox"/> 6μηνη <input type="checkbox"/> 3μηνη <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)		

Δικαιούχοι (σε περίπτωση Απώλειας Ζωής)

Οι νόμιμοι κληρονόμοι

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	ΣΧΕΣΗ με τον ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ

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"/>

Ασφαλιστικές Καλύψεις

ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ		
	Ασφαλιζόμενος	Σύζυγος	Παιδιά
<input type="checkbox"/> Θάνατος, Μόνιμη Ολική & Μερική Ανικανότητα από Ατύχημα			
<input type="checkbox"/> Ιατροφαρμακευτικά Έξοδα από Ατύχημα			
<input type="checkbox"/> Νοσοκομειακό Επίδομα Περιθαλψης από Ατύχημα			
<input type="checkbox"/> Πρόσκαιρη Ολική Ανικανότητα από Ατύχημα, ημερησίως Αποζημίωση από: ημέρα			
<input type="checkbox"/> Απώλεια Εισοδήματος από Ασθένεια, μηνιαίως Αποζημίωση από ημέρα στο νοσοκομείο και από στο σπίτι			
<input type="checkbox"/> Νοσοκομειακό Επίδομα Περιθαλψης & Ανάρρωσης από Ατύχημα & Ασθένεια Σχέδιο			
<input type="checkbox"/> Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από Ασθένεια			
<input type="checkbox"/> Επίδομα Σοβαρών Ασθενειών Σχέδιο			
<input type="checkbox"/> Χειρουργικό Επίδομα Σχέδιο			
<input type="checkbox"/> Απαλλαγή Πληρωμής Ασφαλίστρων			
<input type="checkbox"/> Εξωνοσοκομειακή Περιθαλψη Σχέδιο			
<input type="checkbox"/> Υγεία OPTIMUM Σχέδιο			
<input type="checkbox"/> Υγεία MAXIMUM Σχέδιο Θέση Νοσηλείας: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> HOSPITAL Protection			
<input type="checkbox"/> Προστασία PERSONAL Σχέδιο			
<input type="checkbox"/> FAMILY+ Σχέδιο			
<input type="checkbox"/> BONUS x5 Σχέδιο			
<input type="checkbox"/> Εγγυημένη ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ Σχέδιο			
<input type="checkbox"/> LIFE Care			
<input type="checkbox"/> IMMIGRANTS Care Πρόγραμμα Ασφάλισης Αλλοδαπών			
<input type="checkbox"/> ERASMUS			

Ερωτηματολόγιο Προσώπων προς Ασφάλιση

	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	ΣΥΖΥΓΟΣ
Ημερήσια Κατανάλωση Καπνού		
Ημερήσια Κατανάλωση Οινοπνεύματος		

Το ερωτηματολόγιο αφορά όλα τα πρόσωπα προς Ασφάλιση (Ασφαλιζόμενο & Εξαρτώμενα Μέλη)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Έχετε εκπληρώσει τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις; (μόνο για άνδρες)		
2. Οδηγείτε δίκυκλο; (αναφέρατε cc)		
3. Θέλετε να καλύψτε κατά τη διάρκεια οδήγησης δίκυκλου, γεωργικών/αγροτικών μηχανημάτων;		
4. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα, ανικανότητα, αναπηρία, δυσμορφία ή συγγενή πάθηση;		
5. Έχετε υποβάλει ποτέ αίτηση για ασφάλιση ή έχετε συνάψει Ασφαλιστήριο Ζωής, Υγείας ή Ανικανότητας που έχει γίνει δεκτό ή απορριφθεί, ανασταλεί ή ακυρωθεί;		
6. Έχετε λάβει ποτέ αποζημίωση από οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρία ή άλλο φορέα ασφάλισης για Ανικανότητα από Ατύχημα ή Ασθένεια;		
7. Είστε αθλητής σε επαγγελματικό ή ερασιτεχνικό σωματείο; Έχετε κάποιο hobby ή ασχολείστε με extreme sports;		
8. Είστε αριστερόχειρας;		
9. Υποφέρουν ή υπέφεραν γονείς ή αδέρφια από διαβήτη, υπέρταση, καρδιακή πάθηση, καρκίνο ή άλλα κληρονομικά νοσήματα;		
10. Έχετε ασθενήσει ποτέ ή πάσχετε από:		
α. Νοσήματα καρδιάς ή κυκλοφορικού συστήματος (π.χ. ισχαιμικές καρδιοπάθειες, έμφραγμα, υπέρταση, αρρυθμίες, αγγειοπάθειες κ.λπ.);		
β. Νοσήματα των λεμφαδένων ή του αίματος;		
γ. Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα, εμφύσημα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.λπ.);		
δ. Νοσήματα του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ. παθήσεις του στομάχου, εντέρου, οισοφάγου, παγκρέατος, χοληδόχου κύστης κ.λπ.);		
ε. Νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος (π.χ. παθήσεις νεφρών, προστάτη, κύστης, γεννητικών οργάνων κ.λπ.);		
ζ. Ωτορινολαρυγγολογικά νοσήματα (π.χ. ρινικό διάφραγμα, αμυγδαλές, αδενοειδείς εκβλαστήσεις κ.λπ.);		
η. Νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος (π.χ. σπονδυλική στήλη, μυών, αρθρώσεων κ.λπ.);		
θ. Νοσήματα του δέρματος;		
ι. Νοσήματα του εγκεφάλου ή του νευρικού συστήματος ή κάποια ψυχική νόσο;		
κ. Ενδοκρινολογικές παθήσεις (π.χ. θυρεοειδή, ωθηκών κ.λπ.);		
λ. Ρευματικά νοσήματα (π.χ. ρευματικό πυρετό, ρευματοειδή αρθρίτιδα, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα κ.λπ.);		
11. Είχατε ποτέ ή πάσχετε από:		
α. Ραγάδες δακτύλιου, περιεδρικό απόστημα, κύστη κόκκυγος;		
β. Ομφαλοκήλη, βουβωνοκήλη ή άλλες κήλες;		
γ. Γυναικολογικές παθήσεις; (μόνο για γυναίκες) Είστε έγκυος;		
12. Έχετε παρουσιάσει ποτέ ή πάσχετε από καλοήγη νεοπλασμάτα (π.χ. λιπώματα ή όγκο ή καρκίνο κ.λπ.);		
13. Έχετε κάποιο ελάττωμα στην ακοή, στην ομιλία ή στην όραση;		
14. Έχετε προσβληθεί ποτέ ή πάσχετε από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (π.χ. ηπατίτιδα, HPV λοίμωξη κ.λπ.);		
15. Νοσηλευτήκατε ποτέ για οποιαδήποτε αιτία και πότε;		
16. Έχετε υποστεί οποιοδήποτε ατύχημα με αποτέλεσμα κάκωση μυών, οστών ή αρθρώσεων και γενικά του μυοσκελετικού συστήματος; Σε ποιες εξετάσεις υποβλήθηκατε;		
17. Έχετε υποβληθεί την τελευταία 5ετία σε ιατρικές εξετάσεις;		
18. Υποφέρει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας (γονείς, αδέρφια) από χρόνια πάθηση;		
19. Πάσχετε από σακχαρώδη διαβήτη ή υπέρταση;		
20. Πήρατε ποτέ ή παίρνετε τώρα φάρμακα για οποιαδήποτε αιτία που σχετίζεται με χρόνια πάθηση (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση κ.λπ.);		
21. Έχετε περάσει άλλη ασθένεια, είχατε ή έχετε ενοχλήματα με περιπτώσεις που δεν έχουν αναφερθεί σε προηγούμενες ερωτήσεις;		
22. Έχετε νοσήσει από COVID-19 ή έχετε νοσηλευτεί λόγω COVID-19;		

α. COVID-19 χωρίς νοσηλεία
 Χρονικό Διάστημα μεταξύ ημερομηνίας αίτησης και ημερομηνίας διάγνωσης με COVID-19: Μικρότερο των 2 μηνών Μεγαλύτερο των 2 μηνών

β. COVID-19 με νοσηλεία
 Η νοσηλεία σας έγινε σε κλίνη: Απλή Μ.Ε.Θ.
 Χρονικό Διάστημα μεταξύ ημερομηνίας αίτησης και ημερομηνίας εξόδου από το νοσοκομείο: Μικρότερο των 4 μηνών Μεγαλύτερο των 4 μηνών

Διευκρινίσεις Ερωτηματολογίου

Παρακαλούμε εξηγήσατε λεπτομερώς τις καταφατικές απαντήσεις, δίδοντας στον πιο κάτω πίνακα, τον αριθμό της ερώτησης και το όνομα του προτεινόμενου για ασφάλιση.

Δηλώσεις - Εξουσιοδοτήσεις - Συγκαταθέσεις

Οι υπογράφωντες, με την ιδιότητα του ασφαλισμένου, ή ως ασκούντες τη γονική μέριμνα του ανήλικου τέκνου εξαρτώμενου και ασφαλισμένου μέλους γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε εμάς περιστατικών που είναι ουσιώδη για τη σύναψη αυτής της ασφάλισης, δηλώνουμε ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα αίτηση και αφορούν στα πρόσωπά μας, καθώς και στην υγεία των υποψηφίων για ασφάλιση είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιαδήποτε παραλείψεις και μεταβολές. Αποδεχόμαστε δε ότι θα αποτελέσουμε τη βάση για το υπό έκδοση Ασφαλιστήριο και την αντιμετώπιση της ασφαλιστικής περίπτωσης. Λάβουμε επίσης γνώση του δικαιώματος της Εταιρίας να αρνηθεί την αίτησή για ασφάλιση ή να την κάνει αποδεκτή με όρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται, χωρίς την υποχρέωση να δικαιολογήσει την απόφασή της.

1. Γνωρίζουμε ότι στην ασφάλιση αυτή ισχύουν οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι που μας παραδόθηκαν αλλά και των οποίων λάβαμε γνώση διαβάζοντάς τους στην ιστοσελίδα της εταιρίας σας. Στους Όρους αυτούς περιλαμβάνονται και Εξαιρέσεις τις οποίες και αποδεχόμαστε. Με την παρούσα υποβάλλουμε αίτηση ασφάλισης που θα περιλαμβάνει όλους τους ανωτέρω Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης.

2. Παραλάβαμε 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. Εξουσιοδότηση χρήσης ΑΜΚΑ

Εξουσιοδοτούμε κάθε συνεργαζόμενο με την Εταιρία ιατρό, ενεργώντας για λογαριασμό μας, όπως έχει πρόσβαση στα ειδικής κατηγορίας προσωπικά δεδομένα υγείας μας και στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ και σε αντίστοιχες δημόσιες υπηρεσίες χώρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της χώρας καταγωγής μας και να χρησιμοποιεί τον/τους αναφερόμενους ως άνω ΑΜΚΑ και να τα γνωστοποιήσει στην INTERLIFE A.A.E.Γ.Α. ώστε να επεξεργαστεί τα ιατρικά δεδομένα που θα προκύψουν, στα οποία θα έχει πρόσβαση μόνον ειδικά εξουσιοδοτημένο προσωπικό της Εταιρίας, και τα οποία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για την εκτίμηση του ασφαλιστικού κινδύνου/ ασφαλιστικής κάλυψης που συνδέεται με την παρούσα αίτηση ασφάλισης.

<p>Κυρίως Ασφαλιζόμενος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Σύζυγος ως εξαρτώμενο μέλος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση μέλους</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Ενήλικα Εξαρτώμενα Μέλη</p> <p>(υπογραφή) (υπογραφή) (υπογραφή)</p>
---	--	---

4. Εξουσιοδότηση χρήσης Ιατρικών Δεδομένων

Αποδεχόμαστε, συναινούμε και χορηγούμε ανέκκλητη ειδική εντολή και πληρεξουσιότητα η οποία ισχύει και στην περίπτωση θανάτου και για όσο διάστημα το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο ισχύει και μέχρι την παραγραφή οποιασδήποτε αξίωσης από την σύμβαση, στην INTERLIFE A.A.E.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 / το ανήλικο τέκνο εξαρτώμενο ασφαλισμένο μέλος και να διενεργεί κάθε αναγκαία έρευνα για την αναφερόμενη στην παρούσα, ασφαλιστική περίπτωση, δηλώνουμε δε, ότι αποδεχόμαστε, συναινούμε και παρέχουμε με την παρούσα, την ειδική εντολή στους ιατρούς αυτούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα να χορηγούν γραπτά ή προφορικά στοιχεία που θα ζητήσει η Εταιρία και αφορούν σε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα δικά μας ή των ανηλίκων εξαρτώμενων μελών σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου που αναφέρεται στην παρούσα.

<p>Κυρίως Ασφαλιζόμενος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Σύζυγος ως εξαρτώμενο μέλος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση μέλους</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Ενήλικα Εξαρτώμενα Μέλη</p> <p>(υπογραφή) (υπογραφή) (υπογραφή)</p>
---	--	---

5. Ενημέρωση σχετικά με ασφάλιση μέσω SMS, E-mail

Αποδέχομαι την ενημέρωση και αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλιση (π.χ. Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, Ανανέωση, Ειδοποίηση Πληρωμής κ.λπ.) μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης (e-mail), ή/ και μέσω γραπτού μηνύματος sms στο κινητό τηλέφωνο.

6. Ενημέρωση για διαφημιστικούς, εμπορικούς σκοπούς

Αποδέχομαι 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 κατά τη διάρκεια της ασφάλισής και έως 5 έτη μετά τη λήξη της και τη δυνατότητα να τροποποιώ ή/και να αναστατώ οποτεδήποτε εγγράφως, τη συγκατάθεσή μου για την επιλογή του τρόπου επικοινωνίας και λήψης ενημερώσεων για διαφημιστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς (αποστολή email στο dro@interlife.gr ή τηλεφωνικά στο 2310499000).

<p>Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης</p> <p>Συναινώ <input type="checkbox"/></p> <p>Δεν συναινώ <input type="checkbox"/></p> <p>(check & υπογραφή)</p>	<p>Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης</p> <p>Συναινώ <input type="checkbox"/></p> <p>Δεν συναινώ <input type="checkbox"/></p> <p>(check & υπογραφή)</p>
--	--

7. Ενημέρωση σχετικά με Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων

Παραλάβαμε, αναγνώσαμε και ενημερωθήκαμε από το «Έντυπο Ενημέρωσης για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα δικά μας/ του ανήλικου τέκνου μας που περιλαμβάνονται στη σύμβαση καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της Εταιρίας και έχουν σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης και για τα δικαιώματα που έχουμε και 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 email στην ηλεκτρονική διεύθυνση dro@interlife.gr και αναγνωρίζουμε ότι είναι απολύτως αναγκαία για τον σκοπό και την λειτουργία της σύμβασης ασφάλισης, προκειμένου να αξιολογηθεί ο ασφαλιστικός κίνδυνος, να υπολογισθεί σωστά το ασφάλιστρο και να εκπληρωθεί ο σκοπός και η λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης. Γνωρίζουμε ότι άρνηση ή ανάκληση της σχετικής συναίνεσης επεξεργασίας ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ, δίνει το δικαίωμα στην Εταιρία να καταγγείλει ή να μην δεχτεί τη σύμβαση. Για τους λόγους αυτούς παρέχουμε τη ρητή συγκατάθεσή μας στην Εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μας.

<p>Κυρίως Ασφαλιζόμενος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Σύζυγος ως εξαρτώμενο μέλος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση μέλους</p> <p>(υπογραφή)</p>	<p>Ενήλικα Εξαρτώμενα Μέλη</p> <p>(υπογραφή) (υπογραφή) (υπογραφή)</p>
---	--	---

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

Τόπος

Ημερομηνία