

Πρόταση Ασφάλισης Προγράμματος

Εγγυημένη ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ



Παρακαλούμε να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις της αίτησης [ΣΥΝΟΛΟ ΣΕΛΙΔΩΝ: 2]

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

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζόμενου				
Όνοματεπώνυμο	Πατρώνυμο		Υπηκοότητα	
A.Δ.Τ.	Διαβατήριο	A.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.	
Ημερομηνία Γέννησης	Κύριο Επάγγελμα	ΑΜΚΑ	Ύψος	Βάρος
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό	E-mail		
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	T.K.		Πόλη	

Διάρκεια Ασφάλισης & Τρόπος Πληρωμής		
Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης	Τρόπος Πληρωμής
		Εφάπαξ <input type="checkbox"/> 12 άτοκες δόσεις με χρήση πιστωτικής κάρτας <input type="checkbox"/>

Δικαιούχοι (σε περίπτωση Απώλειας Ζωής)

Οι νόμιμοι κληρονόμοι

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

Ασφαλιστικές Καλύψεις

ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	
	ΣΧΕΔΙΟ 1	ΣΧΕΔΙΟ 2
Θάνατος από Ατύχημα	100.000 <input type="checkbox"/>	200.000 <input type="checkbox"/>
Θάνατος & Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από Ατύχημα	100.000 <input type="checkbox"/>	200.000 <input type="checkbox"/>

Ερωτηματολόγιο Προσώπου προς Ασφάλιση

Ημερήσια Κατανάλωση Καπνού: Ημερήσια Κατανάλωση Οινοπνεύματος:

Το ερωτηματολόγιο αφορά όλα τα πρόσωπα προς ασφάλιση (Ασφαλιζόμενο & Εξαρτώμενα Μέλη)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Οδηγείτε δίκυκλο; (αναφέρατε cc)		
2. Θέλετε να καλύψετε κατά τη διάρκεια οδήγησης δίκυκλου, γεωργικών/αγροτικών μηχανημάτων;		
3. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα, ανικανότητα, αναπηρία, δυσμορφία ή συγγενή πάθηση;		
4. Έχετε υποβάλει ποτέ αίτηση για ασφάλιση ή έχετε συνάψει Ασφαλιστήριο Ζωής, Υγείας ή Ανικανότητας που έχει γίνει δεκτό ή απορριφθεί, ανασταλεί ή ακυρωθεί;		
5. Είστε αθλητής σε επαγγελματικό ή ερασιτεχνικό σωματείο; Έχετε κάποιο hobby ή ασχολείστε με extreme sports;		
6. Έχετε υποστεί οποιοδήποτε ατύχημα με αποτέλεσμα κάκωση μυών, οστών ή αρθρώσεων και γενικά του μυοσκελετικού συστήματος; Σε ποιες εξετάσεις υποβληθήκατε;		

Διευκρινίσεις Ερωτηματολογίου

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

Δηλώσεις - Εξουσιοδοτήσεις - Συγκαταθέσεις

Ο υπογράφων με την ιδιότητα του ασφαλισμένου γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσίπηση 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 με αφορούν είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιεσδήποτε 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 εταιρίας 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 δικά μου προσωπικά δεδομένα υγείας, που περιλαμβάνονται στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ και σε αντίστοιχες δημόσιες υπηρεσίες χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της χώρας καταγωγής μου και να χρησιμοποιεί τον/ τους αναφερόμενους ως άνω ΑΜΚΑ και να τα γνωστοποιήσει στην ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. ώστε να ελεγχθούν 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.

Κυρίως Ασφαλιζόμενος

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 (π.χ. εξετάσεις, γνωματεύσεις, ιστορικό) από τους ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που περιέβαλαν εμένα και να διενεργεί κάθε αναγκαία έρευνα για την αναφερόμενη στην παρούσα, ασφαλιστική περίπτωση. Επίσης συνηνώνω 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 εταιρία και αφορούν σε δικά μου προσωπικά δεδομένα υγείας 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 του θανάτου μου.

Κυρίως Ασφαλιζόμενος

Συμμετέχω Δεν συμμετέχω (check & υπογραφή)

5. Συγκατάθεση σχετικά με ασφάλιση μέσω SMS, E-mail: Συνηνώνω στην ενημέρωσή και λήψη 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.

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: Οι κάτωθι υπογράφωντες επιβεβαιώνουμε ότι έχουμε 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 μας αφορούν με την ιδιότητα του λήπτη της ασφάλισης ή ασφαλισμένου, 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 σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, **γ)** τη λήψη ενημερώσεων σχετικά με την ασφάλιση μέσω SMS, e-mail, **δ)** τη λήψη ενημερώσεων για διαφημιστικούς, εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς και σκοπούς προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών. Για τους παραπάνω σκοπούς, παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην εταιρεία ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. 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 με την ιδιότητα του κυρίως ασφαλιζόμενου, όπως ενδεικτικά οι πληροφορίες που αναφέρονται στο παρόν ερωτηματολόγιο, δεδομένα υγείας που περιλαμβάνονται στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ, και όσες προκύψουν από την επέλευση του ασφαλιστικού κινδύνου (π.χ. εξετάσεις, γνωματεύσεις, ιστορικό κ.λπ.) από τους Ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που περιέβαλαν εμένα με την ιδιότητα του κυρίως ασφαλιζόμενου, θα κοινοποιηθούν μόνο σε συνεργαζόμενους Ιατρούς, Νοσηλευτικά 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 όνομά μου και τα στοιχεία επικοινωνίας μου, 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 των ασφαλισμένων. 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 Δεδομένων.

• Τα δεδομένα υγείας που με αφορούν 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) χρόνια 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 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 έχουσα και διατηρούμε, ως υποκείμενα των δεδομένων (πρόσβαση, διόρθωση, διαγραφή, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας, εναντιώσεως στην επεξεργασία αυτών, το δικαίωμα εξασφάλισης ανθρώπινης παρέμβασης σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες) και την άσκηση τους με την αποστολή e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση dro@interlife.gr ή τηλεφωνικά στο 2310499000. Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερόμενων 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		Κυρίως Ασφαλιζόμενος			
(υπογραφή)		(υπογραφή)			
Συμβαλλόμενος	Κυρίως Ασφαλιζόμενος	Συνεργάτης		Άμεσος Διανομέας	
(υπογραφή)	(υπογραφή)	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.
		(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	Α.Ε.Μ.	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	Α.Ε.Μ.

Τόπος

Ημερομηνία