

## ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (Πρόγραμμα Εθελοντικής συμμετοχής)

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις

ΑΡ. ΑΙΤΗΣΗΣ: \_\_\_\_\_ ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: \_\_\_\_\_

### ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Επωνυμία: \_\_\_\_\_

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο: \_\_\_\_\_ Όνομα: \_\_\_\_\_

Πατρώνυμο: \_\_\_\_\_ Ημερ. Γέννησης: \_\_\_\_\_

ΑΔΤ/Διαβατήριο: \_\_\_\_\_ ΑΦΜ: \_\_\_\_\_ ΑΜΚΑ: \_\_\_\_\_

Δ/ση Αλληλογραφίας: \_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_ ΤΚ: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Τηλ: \_\_\_\_\_ Κινητό: \_\_\_\_\_

Ημ/νία πρόσληψης: \_\_\_\_\_ Μισθός (Εφόσον απαιτείται): \_\_\_\_\_ Ημ/νία Έναρξης Ασφάλισης: \_\_\_\_\_

### ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Ορίζω ως δικαιούχους μου με βάση τους όρους του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, τους:

A/A	Όνοματεπώνυμο	Συγγένεια	Ποσοστό

Διατηρώ το δικαίωμα απαλλαγών των παραπάνω αναφερομένων δικαιούχων, με έγγραφη ενυπόγραφη εντολή μου, σύμφωνα με τους όρους του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου

### ΚΑΛΥΨΗ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

Αν προβλέπεται η κάλυψη τους από το πρόγραμμα Παροχών αναγράψτε τα εξαρτώμενα μέλη σας, δηλ. το/τη σύζυγο και τα άγαμα τέκνα ηλικίας από 3 μηνών μέχρι 18 ετών ή μέχρι 25 ετών, εφόσον σπουδάζουν (να προσκομισθεί βεβαίωση σπουδών).

A/A	Όνοματεπώνυμο	Συγγένεια	Ημ/νία Γέννησης

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

	Ασφ/νος		Σύζυγος		Τέκνο 1		Τέκνο 2	
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
1. Βρίσκεστε αυτή τη στιγμή υπό ιατρική παρακολούθηση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Λαμβάνετε ή είχατε ποτέ λάβει φαρμακευτική αγωγή;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Έχετε ποτέ υποβληθεί σε ιατρικές, διαγνωστικές εξετάσεις (ακτινογραφίες, ΗΚΓ, τομογραφίες κλπ);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Έχετε ποτέ νοσηλευτεί ή/και υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Αντιμετωπίζετε ή είχατε ποτέ αντιμετωπίσει ή έχετε λόγο να υποψιάζεστε ότι πιθανώς ν' αντιμετωπίσετε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Παθήσεις του καρδιαγγειακού ή του κυκλοφορικού συστήματος;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ενδοκρινολογικές παθήσεις ( διαβήτη, παθήσεις θυρεοειδούς κλπ);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Παθήσεις στομάχου, εντέρων, νεφρών, παγκρέατος, χολής;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Καρκίνους ,νεοπλασίες , όγκους (καλοήθεις ή κακοήθεις);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Παθήσεις του νευρικού συστήματος του εγκεφάλου ή ψυχικές διαταραχές;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος ή των αρθρώσεων;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Παθήσεις των οφθαλμών, αυτιών, μύτης , λάρυγγα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Δερματικές παθήσεις, ψωρίαση, αλλεργίες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Βουβωνοκήλη, ομφαλοκήλη ή κήλη κήλη;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Κάποια πάθηση που δεν αναφέρεται παραπάνω;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Γεννηθήκατε με κάποια πάθηση ή φυσικό ελάττωμα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Αντιμετωπίζετε κατά τους τελευταίους μήνες συμπτώματα ή ενδείξεις ιατρικού προβλήματος για τα οποία δεν συμβουλευτήκατε ιατρό;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Είστε έγκυος; Αν ναι σε ποιο μήνα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Υπήρξατε στο παρελθόν ασφαλισμένος/η με το παρόν ασφαλιστήριο ομαδικής ασφάλισης;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Έχετε υποβάλει αίτηση για ασφάλιση ζωής, ανικανότητας, υγείας σε αυτή ή σε άλλη ασφαλιστική εταιρία, η οποία απορρίφθηκε;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Είστε αριστερόχειρας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Δηλώστε	Ασφ/νος		Σύζυγος		Τέκνο 1		Τέκνο 2	
Ύψος								
Βάρος								

Για τις ερωτήσεις που απαντήσατε «ναι» παρακαλούμε να αναφέρετε λεπτομέρειες:

---



---



---



---



---



---



---



---

13. Αναφέρατε το ασφαλιστικό σας Ταμείο

---

## ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

### 1. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ & ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Αφού παρέλαβα από την Ασφαλιστική Εταιρία και ανέγνωσα το έντυπο «Ενημέρωση Φυσικών Προσώπων για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα», δίνω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συναίνεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων καθώς και των Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, προκειμένου να εκπληρωθεί ο σκοπός και η λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης.

Ο Ασφαλισμένος

### 2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Για την αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλισή μου παρακαλώ όπως χρησιμοποιείτε:

- Την ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.
- Την ταχυδρομική διεύθυνση που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.

Ο Ασφαλισμένος

### 3. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΕΣ

Δίνω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων, προκειμένου να λαμβάνω ενημερώσεις για προϊόντα, υπηρεσίες ή/και έρευνες, κατά τη διάρκεια της ασφάλισής μου και έως 36 μήνες μετά τη λήξη της μέσω:

Ηλεκτρονικής διεύθυνσης (e-mail)	Ναι	Όχι
Γραπτού μηνύματος (SMS/Viber)	Ναι	Όχι
Τηλεφωνικής επικοινωνίας	Ναι	Όχι

Ο Ασφαλισμένος

Έχετε τη δυνατότητα να τροποποιείτε ή/και να ανακαλείτε οποτεδήποτε εγγράφως ή μέσω του Τμήματος Εξυπηρέτησης Πελατών (τηλ. 210 8119670, email [helpcustomer@europisti.gr](mailto:helpcustomer@europisti.gr)), τη συγκατάθεσή σας για την επιλογή του τρόπου επικοινωνίας και λήψης ενημερώσεων για προϊόντα, υπηρεσίες ή/και για έρευνες.

## ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ

Δηλώνω ότι:

1. Τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή και αποδέχομαι ότι αποτελούν τη βάση για τη συμμετοχή τη δική και των εξαρτώμενων μελών μου στο Πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης που έχει συνάψει ο Λήπτης της Ασφάλισης με την Allianz Ευρωπαϊκή Πίστη. Αποδέχομαι δε τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους της αναφερόμενης Ασφαλιστικής Σύμβασης.
2. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω την Ασφαλιστική Εταιρία για οποιαδήποτε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας μου και της υγείας των εξαρτώμενων μελών μου, η οποία τυχόν συμβεί στο διάστημα από τη συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης μέχρι την ημερομηνία της οριστικής υπαγωγής μου στην ομαδική ασφάλιση.
3. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω την Εταιρία για οποιαδήποτε αλλαγή των παραπάνω στοιχείων λάβει χώρα πριν ή μετά την έκδοση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.
4. Έχω λάβει την έγγραφη συγκατάθεση των φυσικών προσώπων, τα προσωπικά δεδομένα των οποίων ενδέχεται να αναφέρονται στην παρούσα αίτηση.

Τόπος / Ημερομηνία

Ο Λήπτης της Ασφάλισης

Ασφαλισμένος