

Αίτηση Συμμετοχής στο Ομαδικό Πρόγραμμα Ζωής

Ιδιοκτήτης Σύμβασης	ΠΑ.ΣΥ.Δ.Υ.	Αριθμός Συμβολαίου	
Όνοματεπώνυμο Κυρίως Μέλους		Αρ. Ταυτότητας Κυρίως Μέλους	

Στοιχεία Μέλους

Όνομα	Επίθετο

Ημερομηνία Εγγραφής στο Πρόγραμμα	Φύλο:
	<input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/> Άλλο

Ημερομηνία Γέννησης	Εθνικότητα

Αρ. Ταυτότητας	Αρ. Διαβατηρίου

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει Κυπριακή Ταυτότητα ή είστε πολίτης άλλης χώρας.

Οικογενειακή Κατάσταση:	Είδος Απασχόλησης
<input type="checkbox"/> Ανύπαντρος\η <input type="checkbox"/> Παντρεμένος\η <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος\η/Άλλο	

Αρ. Κινητού Τηλεφώνου	Email

Διεύθυνση Κατοικίας

Οποιαδήποτε αλληλογραφία θα στέλνεται στη Διεύθυνση Εργασίας σας.

Ασφαλισμένο Ποσό	Εβδομαδιαίος	Μηνιαίος	Ετήσιος	Καπνιστής: <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
100.000	Μισθός: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Ύψος	Βάρος	Αλλαγές κατά το τελευταίο έτος:
<input type="text"/> εκ	<input type="text"/> κιλά	<input type="text"/>

Όνοματεπώνυμο και Διεύθυνση Προσωπικού Ιατρού

Δήλωση Ιατρικού Ιστορικού Ασφαλιζομένου

ΝΑΙ ΟΧΙ

1. Είστε σε καλή κατάσταση υγείας και απαλλαγμένος από οποιαδήποτε πνευματική, ψυχική ή φυσική ασθένεια;		
2. Υποφέρατε στο παρελθόν ή υποφέρετε τώρα από:		
α. ασθένεια κυκλοφοριακού συστήματος (π.χ. καρδιοπάθεια, πόνους στο στήθος, ρευματικούς πυρετούς, αυξημένη πίεση αίματος, οποιαδήποτε βλάβη αρτηριών ή φλεβών).		
β. ασθένεια αναπνευστικού συστήματος (π.χ. φυματίωσης, άσθμα, συνεχής βήχα, πνευμονία).		
γ. ασθένεια ουροποιητικού συστήματος (π.χ. μόλυνση νεφρών, ουρηθρικών ή γενετικών οργάνων, πέτρες στα νεφρά, αφροδίσια νοσήματα).		
δ. ασθένεια γαστρεντερικού συστήματος (π.χ. προβλήματα χώνευσης, γαστρικά προβλήματα ή έλκος δωδεκαδάκτυλου, ηπατίτιδα Β ή άλλες ανωμαλίες στο συκώτι ή την χολή).		
ε. ασθένειες νευρικού συστήματος ή πνευματικές, ψυχικές ανωμαλίες (π.χ. επιληψία, κρίσεις ή λιποθυμίες, τακτικούς πονοκέφαλους, νευρικές καταπτώσεις).		
ζ. διαβήτη, καρκίνο ή οποιαδήποτε ασθένεια αίματος, αδενών, σπλήνας, αυτιών, ματιών ή δέρματος.		
η. ανεξήγητος ιδρώτας κατά τον ύπνο και/ή απώλεια βάρους, συνεχής πυρετός, χρόνια ή επαναλαμβανομένη διάρροια, ανεξήγητες μολύνσεις ή φουσκώματα αδενών.		
θ. οποιαδήποτε άλλη ασθένεια που δεν αναφέρεται πιο πάνω.		
3. α. έχετε κάνει ή έχετε συμβουλευθεί να κάνετε οποιαδήποτε εγχείρηση;		
β. νοσηλευθήκατε ή έχετε συμβουλευθεί να νοσηλευθείτε σε νοσοκομείο ή κλινική;		
4. Σας είχε ζητηθεί ποτέ ή έχετε κάνει ανάλυση αίματος για "AIDS" ή οτιδήποτε σχετικό με το "AIDS" ή σας έχουν αρνηθεί ποτέ να δώσετε αίμα;		
5. Έχετε συμβουλευθεί ιατρό, συμπεριλαμβανομένων και των εξετάσεων ρουτίνας και αναλύσεων αίματος;		
6. Έχετε γίνει δέκτης αίματος τα τελευταία 5 χρόνια;		
7. Έχετε ποτέ αποζημιωθεί ή αποζημιώνεστε τώρα σε σχέση με οποιοδήποτε Ωφέλημα Ανικανότητας;		
8. Έχει απορριφθεί ή έχει αναβληθεί ποτέ αίτηση σας για Ασφάλεια Ζωής ή είχε γίνει δεκτή με κάποιους ειδικούς όρους ή επασφάλιστρο;		

Σε περίπτωση που η απάντησή σας στην 1η ερώτηση είναι "ΟΧΙ" και/ή σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις 2 έως 8 είναι "ΝΑΙ", παρακαλούμε δώστε περισσότερες πληροφορίες (ημερομηνίες, διάρκεια και θεραπεία, ονόματα και διευθύνσεις θεραπόντων ιατρών), στις λεπτομέρειες που ακολουθούν.

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ

Όλα τα στοιχεία που είναι ουσιαστικά για την αξιολόγηση της δήλωσης αυτής πρέπει να αποκαλυφθούν στη EuroLife διότι, η μη αποκάλυψη τους, δύναται να δώσει αιτία για άρνηση πληρωμής απαιτήσεως. Ουσιαστικό γεγονός είναι εκείνο που ο ασφαλιστής θεωρεί σαν πιθανό να επηρεάσει την εκτίμηση και αποδοχή μιας αίτησης. Για οποιοδήποτε γεγονός είσατε σε αμφιβολία κατά ποσό είναι ουσιαστικό, πρέπει να δηλωθεί. Μπορείτε εάν επιθυμείτε να πάρετε φωτοτυπία της δήλωσης αυτής.

Σημαντικές Πληροφορίες

1. Πρόθεση μας είναι η καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των πελατών μας. Για το λόγο αυτό, αν έχετε οποιοδήποτε παράπονο σε σχέση με τις υπηρεσίες μας κατά τη διαδικασία συμπλήρωσης της αίτησης σας ή και μετά, παρακαλούμε όπως αποταθείτε στο Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών μας, είτε γραπτά είτε τηλεφωνικά στο **80008880**. Περισσότερες λεπτομέρειες για την Διαδικασία Παραπόνων μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα μας στο **www.eurolife.com.cy**. Ανεξάρτητα από τη Διαδικασία Εξέτασης Παραπόνων, έχετε το δικαίωμα προσφυγής στο Δικαστήριο.

2. Βεβαιωθείτε ότι:

- Το ιστορικό που μας έχετε δηλώσει είναι πλήρες και αληθές
- Αν έχετε απαντήσει ΝΑΙ σε οποιαδήποτε ερώτηση, μας έχετε δώσει όλες τις λεπτομέρειες
- Στο ιστορικό που μας έχετε δηλώσει, έχετε περιλάβει και οποιοδήποτε ιατρικό ιστορικό σας που σχετίζεται με απαιτήσεις και με αιτήσεις ασφάλισης που έχετε υποβάλει σε μας σε σχέση με άλλη ασφαλιστική σύμβαση που πιθανό να έχετε/είχατε μαζί μας.

Πρέπει να γνωρίζετε ότι όλα τα στοιχεία σας είναι ουσιαστικά για την αξιολόγηση της Αίτησης σας και πρέπει να μας δηλωθούν γραπτώς. Παράλειψη σας να δηλώσετε γραπτώς οποιοσδήποτε πληροφορίες είναι πιθανό να οδηγήσει στην μη πληρωμή απαίτησης σας και/ή στην ακύρωση της ασφαλιστικής σας σύμβασης ή επιπρόσθετου ωφελήματος ή την επιβολή ειδικών όρων. Για οποιοδήποτε γεγονός έχετε αμφιβολία κατά πόσο είναι ουσιαστικό, θα πρέπει να μας το δηλώσετε γραπτώς.

Προστασία Προσωπικών Δεδομένων

Δεσμευόμαστε να προστατεύουμε την ιδιωτικότητα σας και να χειριζόμαστε τα δεδομένα σας με ανοιχτό και διαφανή τρόπο. Λεπτομέρειες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα δεδομένα σας μπορείτε να βρείτε στη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων που διατίθεται στην ιστοσελίδα: **www.eurolife.com.cy**. Εάν δεν έχετε πρόσβαση στο διαδίκτυο, μπορούμε να σας προσφέρουμε ένα έντυπο αντίγραφο κατόπιν αιτήματός σας.

Δήλωση Μέλους

Δηλώνω/ουμε υπεύθυνα τα ακόλουθα:

- Όλες οι πιο πάνω δηλώσεις και απαντήσεις, εξ' όσων γνωρίζω και πιστεύω, είναι πλήρεις και αληθινές
- Έχω διαβάσει, κατανοήσει και αποδέχομαι όλες τις πληροφορίες που δίνονται στην παρούσα Αίτηση
- Έχω διαβάσει και κατανοήσει την πιο πάνω ενότητα Προστασία Προσωπικών Δεδομένων και έχω ενημερωθεί για τα δικαιώματά μου αναφορικά με την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων μου
- Με την υπογραφή μου πιο κάτω, δίνω τη ρητή συγκατάθεση μου για την επεξεργασία των Ευαίσθητων Δεδομένων μου, δηλαδή των δεδομένων που αφορούν την υγεία μου, από την Eurolife και σχετικούς αποδέκτες, με σκοπό την εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης για την οποία είμαι Προτεινόμενος για Ασφάλιση και για σκοπό τήρησης των όρων της εν λόγω Σύμβασης. Γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα να αποσύρω τη συγκατάθεση μου για την επεξεργασία τέτοιων δεδομένων όμως σε τέτοια περίπτωση, η Eurolife πιθανό να έχει το δικαίωμα να μην αποδεχτεί την Αίτηση μου για Ασφάλιση, ή και να προχωρήσει στον τερματισμό της Ασφαλιστικής Σύμβασης ή την απόρριψη οποιασδήποτε απαίτησης ή αιτήσης μου.

Συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των Προσωπικών μου Δεδομένων από την Eurolife για σκοπούς εμπορικής προώθησης και ενημέρωσης μου για οποιοδήποτε προϊόν, ασφαλιστικό πρόγραμμα και/ή υπηρεσία με οποιοδήποτε μέσο συμπεριλαμβανομένων και ηλεκτρονικών μέσων.

ΝΑΙ* ΟΧΙ*

* Σε περίπτωση που έχετε δώσει τη συγκατάθεση σας για την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων σας από την Eurolife για σκοπούς εμπορικής προώθησης και ενημέρωσης, έχετε το δικαίωμα οποιαδήποτε στιγμή να αποσύρετε τη συγκατάθεση σας ή να φέρετε αντίρρηση στην κατάρτιση προφίλ που μπορεί να γίνει με σκοπό την εμπορική προώθηση. Για περισσότερες πληροφορίες για τα δικαιώματά σας σε σχέση με τα Προσωπικά σας Δεδομένα παρακαλούμε όπως δείτε την πιο πάνω ενότητα "Προστασία Προσωπικών Δεδομένων".

Όνοματεπώνυμο και Υπογραφή Προτεινόμενου προς Ασφάλιση Μέλους

Τόπος και Ημερομηνία

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιδιοκτήτη της Σύμβασης

Τόπος και Ημερομηνία

Απαραίτητα Έντυπα που πρέπει να επισυναφθούν με την πρωτότυπη αίτηση

- Πιστοποιημένο αντίγραφο ταυτότητας ή διαβατηρίου

Eurolife House
Έβρου 4, 2003 Στρόβολος
Τ.Θ. 21655, 1511 Λευκωσία
Τηλ.: 22 124000, Φαξ: 22 125527

eurolife