

Αίτηση & Δήλωση Κατάστασης Υγείας για Ένταξη στο Ασφαλιστήριο

Ιατρικό Ιστορικό του Ασφαλισμένου ή/και των εξαρτώμενων μελών της οικογένειάς του



KEMTER INSURANCE AGENCIES
SUB-AGENCIES AND CONSULTANTS LTD

Όνοματεπώνυμο	Αρ. Ταυτότητας	Ημερομηνία Γέννησης	Άρρεν/Θήλυ	Ύψος/Βάρος	Α.Μ.Κ.Α.
Κυρίως Ασφαλιζόμενος					
Ο/Η σύζυγος					
Παιδι					
Παιδι					
Παιδι					

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζόμενου

Επάγγελμα	Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	Πόλη/Νομός	Τ.Κ.
Ταμείο Ασφάλισης	E-mail	Τηλ. Κινητό
		Τηλ. Σταθερό

Ερωτηματολόγιο Προσώπων προς Ασφάλιση

Έχετε ή είχατε ποτέ παθήσεις ή ενοχλήσεις:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. καρδιάς, εγκεφάλου, αρτηριών και φλεβών; π.χ. στεφανιαία νόσο, συγγενή καρδιοπάθεια, υπέρταση, κίρσουδ κ.λπ.		
2. του αναπνευστικού συστήματος; π.χ. άσθμα, βρογχίτιδα, σύνδρομο υπνικής άπνοιας κ.λπ.		
3. του πεπτικού συστήματος; π.χ. παθήσεις στομάχου, εντέρων, χολής, ήπατος, παγκρέατος κ.λπ.		
4. του ουροποιητικού συστήματος; π.χ. κωλικός νεφρού, ουρολοίμωξη, παθήσεις προστάτη, νεφρική ανεπάρκεια κ.λπ.		
5. του νευρικού συστήματος ή ψυχιατρικές παθήσεις; π.χ. ημικρανίες, επιληψία, κατάθλιψη κ.λπ.		
6. του μυοσκελετικού συστήματος; π.χ. δισκοπάθεια, παθήσεις ή κακώσεις αρθρώσεων, κατάγματα κ.λπ.		
7. του δέρματος, του μεταβολισμού; π.χ. ψωρίαση, υπερχοληστεριναιμία, σακχαρώδη διαβήτη, θυρεοειδοπάθεια κ.λπ.		
8. των ματιών, των αυτιών, της μύτης, του λαιμού; π.χ. μυωπία, καταρράκτη, ελάττωση ακοής κ.λπ.		
9. του αίματος και αιμοποιητικών οργάνων, των λεμφαδένων; π.χ. αναιμίες, παθήσεις σπλήνα, λεμφαδένων κ.λπ.		
10. νεοπλασμάτα ή καρκίνο οποιασδήποτε μορφής;		
11. γυναικολογικές παθήσεις; π.χ. ινομύματα, κύστες ωοθηκών, ενδομητρίωση, ινοκυστική νόσο μαστών κ.λπ.		
12. Είστε έγκυος; Αν ΝΑΙ, σε ποιον μήνα;		
13. Έχει συμβεί κατά το παρελθόν ή σας έχει συσταθεί: να νοσηλευτείτε σε νοσοκομείο, να υποβληθείτε σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση εντός ή εκτός νοσοκομείου, να υποβληθείτε σε φαρμακευτική ή άλλη θεραπευτική αγωγή, να υποβληθείτε σε οποιαδήποτε εξέταση από την οποία διαπιστώθηκαν ευρήματα που απαιτούν ιατρική συμβουλή ή θεραπεία;		
14. Είστε καπνιστής; Πίνετε αλκοολούχα ποτά; Αν ΝΑΙ, διευκρινίστε μας τη ποσότητα την ημέρα και επί πόσο χρονικό διάστημα; Έχετε κάνει ή κάνετε χρήση ναρκωτικών, αναβολικών ή άλλων παραισθησιογόνων ουσιών;		
15. Έχετε περάσει ή πάσχετε από άλλη πάθηση ή έχετε ενοχλήματα σχετικά με περιπτώσεις που δεν αναφέρονται παραπάνω;		
16. Στην οικογένεια σας (πατέρας - μητέρα - αδέρφια) είχατε περιπτώσεις διαβήτη, παθήσεων καρδιάς ή νεφρών, υπέρτασης, εγκεφαλικού, διανοητικών ή ψυχιατρικών διαταραχών; Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε να σημειώσετε λεπτομέρειες.		

Σε περίπτωση καταφατικής απάντησης, αναφέρατε λεπτομερώς ποιο συγκεκριμένο πρόβλημα υπάρχει και τι φαρμακευτική αγωγή παίρνετε:

Αρ. Ερώτησης	Όνοματεπώνυμο	Περιγραφή

Γενικές Ερωτήσεις:

1. Ασχολείσθε με επικίνδυνα σπορ ή επικίνδυνες δραστηριότητες;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Αν ΝΑΙ, αναφέρατε είδος, συχνότητα, εμπειρία:		
2. Οδηγείτε μοτοσυκλέτα ή μοτοποδήλατο;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Αν ΝΑΙ, αναφέρατε συχνότητα, κυβισμό και χρήση:		
3. Έχετε εκπληρώσει τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
4. Υπάρχει βιβλιάριο Υγείας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Ποιος είναι ο Φορέας της Κύριας Ασφάλισης;		



Συνολικός αριθμός Ατόμων προς ασφάλιση			
Κυρίως Ασφαλισμένος: _____		+ Εξαρτώμενα: _____ = Σύνολο ατόμων	
Έχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία αρνηθεί να δώσει προσφορά ασφάλισης για οποιοδήποτε άτομο;			
		Ναι	Όχι
Υπάρχει σε ισχύ ασφάλεια ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για οποιοδήποτε άτομο που προτίθεται να ασφαλιστεί;			
		Ναι	Όχι
Αν ναι, παρακαλώ όπως παρέχετε σε εμάς τα στοιχεία του Ασφαλιστή, υφιστάμενα ποσοστά ασφαλιστρού και ασφαλιστρα ανανέωσης, το πίνακα ωφελημάτων και ιστορικό απαιτήσεων.			
Ασφαλιστής _____	Υφιστάμενο ποσοστό ασφαλιστρού _____	δεν είμαι βέβαιος	
Σχέδιο (Επισυνάπτεται Πίνακας Ωφελημάτων / Όχι) _____	Ποσοστό Ασφαλιστρού Ανανέωσης _____	δεν είμαι βέβαιος	
Ιστορικό Απαιτήσεων	Διαθέσιμο / Μη Διαθέσιμο		
Τρόπος καταβολής Ασφαλιστρού:	Μία Ετήσια Δόση	Δύο Εξάμηνες Δόσεις	Τέσσερις Τριμηνιαίες Δόσεις

Δήλωση Γνωστοποίησης Απαιτήσεων

Ο Συμβαλλόμενος χρειάζεται να αποκαλύψει πληροφορίες σε σχέση με όλα τα πρόσωπα (Κυρίως Ασφαλιζόμενο και Εξαρτώμενα) που πρόκειται να ασφαλισθούν κάτω από αυτό το Σχέδιο. Εάν η απάντηση σε οποιαδήποτε από τις παρακάτω ερωτήσεις είναι Ναι, παρακαλούμε όπως δώσετε λεπτομέρειες στο προβλεπόμενο χώρο. Εάν χρειαστεί μπορείτε να επισυνάψετε επιπρόσθετες σελίδες. Σε περίπτωση που αυτό το τμήμα παραμένει κενό ή/και δεν συμπληρωθεί από τον Συμβαλλόμενο, τότε η προσφορά θα υπολογισθεί με βάση ότι όλα τα τμήματα θα είχαν απαντηθεί "Όχι" και οποιαδήποτε μεταγενέστερη πληροφορία ή απάντηση "Ναι" μπορεί να τροποποιήσει τη τελική προσφορά και να επηρεάσει την αποδοχή ορισμένων προσώπων στην ένταξη τους στο σχέδιο. Τα τελικά ποσοστά ασφαλιστρού και η κάλυψη θα βασίζονται στη πραγματική ένταξη, συμπεριλαμβανομένων στοιχείων της ασφαλισιμότητας/προηγούμενου ασφαλιστικού φορέα/όρων ασφάλισης.

Ο Συμβαλλόμενος θα πρέπει να απαντήσει όλες τις παρακάτω ερωτήσεις όσο καλύτερα γνωρίζει:

- | | | | | |
|---|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Απαιτήσεις οποιουδήποτε αιτούντα (Ασφαλιζόμενος ή εξαρτώμενου) κατά τη διάρκεια των αμέσως προηγούμενων 12 μηνών, οι οποίες έχουν υποβληθεί, αποζημιωθεί, εκκρεμούν ή αναμένεται να υπερβούν το ποσό των €7.500 | <input type="checkbox"/> Ναι | <input type="checkbox"/> Όχι | <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω |
| 2 | Αιτητές (Ασφαλιζόμενος ή εξαρτώμενος) οι οποίοι απουσιάζουν ή αναμένεται να απουσιάζουν από την εργασία τους κατά την έναρξη ισχύος της κάλυψης, λόγω ανικανότητας είτε αυτή προήλθε από εργασία είτε όχι | <input type="checkbox"/> Ναι | <input type="checkbox"/> Όχι | <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω |
| 3 | Αιτητές (Ασφαλιζόμενος ή εξαρτώμενος) οι οποίοι έχουν προεγκριθεί για νοσηλεία ή έχουν περιορισθεί σε Νοσοκομείο ή άλλο Νοσοκομειακό Ίδρυμα πριν από την ημερομηνία συμπλήρωσης αυτής της Δήλωσης, και οι οποίοι υποφέρουν από μία ιατρική κατάσταση η οποία θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα την παραμονή τους σε Νοσοκομείο. | <input type="checkbox"/> Ναι | <input type="checkbox"/> Όχι | <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω |
| 4 | Εξαρτώμενα τέκνα άνω των 18 τα οποία καλύπτονται κάτω από το σχέδιο κάτω από επέκταση κάλυψης για ανάπηρα παιδιά ή άτομα με ειδικές ανάγκες. | <input type="checkbox"/> Ναι | <input type="checkbox"/> Όχι | <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω |
| 5 | Αιτούντες με ιστορικό ή πρόσφατη διάγνωση οποιασδήποτε σοβαρής ασθένειας ή πάθησης. | <input type="checkbox"/> Ναι | <input type="checkbox"/> Όχι | <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω |

Η ΚΑΛΥΨΗ ΔΕΝ ΞΕΚΙΝΑ ΕΩΣ ΟΤΟΥ Η ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΥΤΗ ΓΙΝΕΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΒΛΗΘΕΙ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ



Δηλώσεις - Εξουσιοδοτήσεις - Συγκαταθέσεις

Οι υπογράφοντες, 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 αποτελέσουν τη βάση για το υπό έκδοση Ασφαλιστήριο και την αντιμετώπιση της ασφαλιστικής περίπτωσης. Λάβαμε 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. Λάβαμε γνώση των Γενικών και Ειδικών Όρων ασφάλισης, τους οποίους αναγνώσαμε και αποδεχόμαστε ρητά και ανεπιφύλακτα και των σχετικών δηλώσεων εναντίωσης και υπαναχώρησης.

2. Παραλάβαμε το ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 150 του Ν. 4364/2016 όπως αυτό ισχύει.

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 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της χώρας καταγωγής μας και να χρησιμοποιεί τον/τους αναφερόμενους ως άνω ΑΜΚΑ και να τα γνωστοποιήσει στην Kemter Insurance Agencies, Sub-Agencies and Consultants Ltd 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.

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

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 Kemter Insurance Agencies, Sub-Agencies and Consultants Ltd., 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 χρησιμοποιούν γραπτά ή προφορικά στοιχεία που θα ζητήσει η Εταιρία και αφορούν σε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα δικά μας ή των ανηλικών εξαρτώμενων μελών σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου που αναφέρεται στην παρούσα.

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

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

Αποδέχομαι την ενημέρωση και αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλισή (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 ανακαλώ οποτεδήποτε εγγράφως, τη συγκατάθεσή μου για την επιλογή του τρόπου επικοινωνίας και λήψης ενημερώσεων για διαφημιστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς (αποστολή email στο data.protection@kemterinsurance.com ή τηλεφωνικά στο +35725755952).

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

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» για το πλαίσιο που διέπει 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 (πρόσβαση, διόρθωση, διαγραφή, 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 data.protection@kemterinsurance.com 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.

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

Τόπος, Ημερομηνία

Συμβαλλόμενος
(υπογραφή)

Κυρίως Ασφαλιζόμενος
(υπογραφή)

Συνεργάτης
(υπογραφή)