

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Α. Η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (**ΔΠΧ**) καθώς και των ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (**ΕΚΔΠΧ**) θα διενεργείται από την **INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ («ΕΤΑΙΡΙΑ»)** που εδρεύει στη Θεσσαλονίκη και εκπροσωπείται νόμιμα ως Υπεύθυνο Επεξεργασίας (ή και τον εκτελούντα την επεξεργασία, εφόσον υπάρχει), ο οποίος είναι και αρμόδιος για την ασφάλεια των δεδομένων αυτών και θα περιορίζεται στις απολύτως αναγκαίες ενέργειες για τους οποίους έχω δώσει ρητή συγκατάθεση σύμφωνα με την ασφαλιστική νομοθεσία. Σε περίπτωση που δεν συναινέσω προς τον σκοπό κατάρτισης σύμβασης ασφάλισης, τότε δεν είναι δυνατή η κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης. **Β.** Τα ΔΠΧ καθώς και τα ΕΚΔΠΧ μου θα υπόκεινται τόσο σε αυτοματοποιημένη όσο και μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία από τα πληροφορικά συστήματα της Εταιρίας για την εκπλήρωση του σκοπού της επεξεργασίας. Η Εταιρία λαμβάνει κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέσα για την διασφάλιση των δεδομένων μου. **Γ.** Στο πλαίσιο της λειτουργίας της σύμβασης ασφάλισης που θα συναφθεί, τα ΔΠΧ καθώς και τα ΕΚΔΠΧ μου, ενδέχεται να διαβιβαστούν σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα τα οποία, ως εκτελούντες την επεξεργασία, θα μπορούσαν να τα επεξεργαστούν για λογαριασμό της Εταιρίας, βάσει της μεταξύ τους σύμβασης. Αποδέκτες των δεδομένων μου ενδέχεται επίσης να είναι οι Εταιρίες του Ομίλου **INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ**, νοσηλευτικά ιδρύματα, γιατροί, δημόσιες αρχές, εκτιμητές, τρίτες ασφαλιστικές εταιρίες και ενώσεις τους και διαμεσολαβούντα πρόσωπα που θα ενεργήσουν ως εκτελούντες την επεξεργασία για λογαριασμό της Εταιρίας. Διαβίβαση δεδομένων από την Εταιρία προς το Εξωτερικό μπορεί να γίνει μόνο βάσει ρητής νομοθετικής υποχρέωσης (πχ. νομοθεσία για ξέπλυμα χρήματος) ή βάσει συμβατικής αντασφαλιστικής υποχρέωσής της. **Δ.** Η διατήρηση των ΔΠΧ καθώς και οι ΕΚΔΠΧ μου στην Εταιρία θα διαρκέσει για όλο το διάστημα ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης και σε κάθε περίπτωση έως την παραγραφή κάθε εκατέρωθεν αξίωσης, εκτός κι αν διάταξη νόμου επιβάλλει πρόσθετο χρονικό διάστημα. **Ε.** Έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα υποβολής αιτήματος στον ως άνω υπεύθυνο επεξεργασίας για ενημέρωση, πρόσβαση, διόρθωση ή διαγραφή ή περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων που με αφορούν και το δικαίωμα εναντίωσης ή αντίρρησης στην επεξεργασία καθώς και το δικαίωμα στην φορητότητά τους. Τα δικαιώματα αυτά ασκούνται είτε με την αποστολή επιστολής στη διεύθυνση: **INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ** 15ο χλμ Θεσσαλονίκης-Περαίας - ΤΚ 55102 - Θεσσαλονίκη (Υπ ή/και Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων) είτε με ηλεκτρονικό μήνυμα στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (dpo@intersalonica.gr). Απάντηση για την ικανοποίηση του δικαιώματος θα πρέπει να δοθεί εντός χρονικού διαστήματος 30 ημερών. Επίσης, έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης στην επεξεργασία των δεδομένων που με αφορούν, η οποία ωστόσο θα έχει σαν αποτέλεσμα την καταγγελία της σύμβασης από την πλευρά της Εταιρίας. Για την αρμοδιότητα της Αρχής και τον τρόπο υποβολής καταγγελίας, υπάρχουν αναλυτικές πληροφορίες στην ιστοσελίδα της (www.dpa.gr) → Τα δικαιώματά μου → Υποβολή καταγγελίας).

Ο/η υπογράφων(ουσα)..... του με Α.Φ.Μ και ΑΔΤ ή Αρ.Διαβατηρίου δηλώνω ότι **ενημερώθηκα και συγκατατίθεμαι** στην επεξεργασία των **δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα** όσο και των **ειδικών κατηγοριών δεδομένων** μου που γίνεται από την Εταιρία με την επωνυμία **INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ** ως υπεύθυνου επεξεργασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ε.Ε. 2016/679, τα οποία (δεδομένα) γνωστοποιώ με την από/...../..... **2** υπ' αριθμόν **αίτηση ασφάλισής** μου καθώς και όποιων άλλων στοιχείων ζητηθούν ή έρθουν σε γνώση του Υπεύθυνου Επεξεργασίας του μέλους και έχουν σχέση, απορρέουν ή πηγάζουν από τη σύμβαση ασφάλισης.

Η επεξεργασία των προσωπικών και των ευαίσθητων δεδομένων μου θα πραγματοποιηθεί:

Προς τον σκοπό κατάρτισης και λειτουργίας σύμβασης ασφάλισης: Συμφωνώ Δεν Συμφωνώ

Ο Δηλών (ονοματεπώνυμο/υπογραφή)

(τόπος/ημερομηνία)/...../.....

Για τον/τους ανήλικο/ους, που έχουν συμπληρωθεί στην αίτηση ασφάλισης, ο έχων την γονική μέριμνα (ονοματεπώνυμο/υπογραφή)

Ο/η υπογράφων (ουσα) του με Α.Φ.Μ και ΑΔΤ ή Αρ.Διαβατηρίου δηλώνω ότι **ενημερώθηκα και συγκατατίθεμαι** στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου που γίνεται από την Εταιρία με την επωνυμία **INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ** ως υπεύθυνου επεξεργασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ε.Ε. 2016/679, τα οποία (δεδομένα) γνωστοποιώ με την από/...../..... **2** υπ' αριθμόν **αίτηση ασφάλισής** μου. Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου για εμπορικό/ προωθητικό/ στατιστικό/ ερευνητικό σκοπό θα γίνεται για την προώθηση προϊόντων και υπηρεσιών μέσω εντύπων, e-mail, τηλεφώνου, sms καθώς και για τη διενέργεια ερευνών και στατιστικών αναλύσεων, με πιθανούς αποδέκτες τις Εταιρίες του Ομίλου (**INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Ε.Γ.Α., AIR INTERSALONICA Ε.Α.Τ.Ε., INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ ΕΜΠΟΡΟΤΕΧΝΙΚΗ Α.Ε.**), τρίτες διαφημιστικές εταιρίες, εταιρίες που διενεργούν στατιστικές ή άλλες έρευνες και διαμεσολαβούντα πρόσωπα. Τα δεδομένα θα διατηρούνται για πέντε (5) χρόνια. Ανά πάσα στιγμή, υπάρχει η δυνατότητα είτε με γραπτή επιστολή (στη διεύθυνση **INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ** 15ο χλμ Θεσσαλονίκης-Περαίας - ΤΚ 55102 - Θεσσαλονίκη) είτε με ηλεκτρονική επιστολή (στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@intersalonica.gr) προς τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Εταιρίας να ασκηθούν όλα τα δικαιώματα που προβλέπει ο ως άνω Κανονισμός, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος ενημέρωσης και πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής (δικαίωμα στην λήθη), περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας, εναντίωσης και αντίρρησης ως προς την επεξεργασία.

Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου θα πραγματοποιηθεί:

Για εμπορικό, προωθητικό, στατιστικό ή ερευνητικό σκοπό: Συμφωνώ Δεν Συμφωνώ

Ο Δηλών (ονοματεπώνυμο/υπογραφή)

(τόπος/ημερομηνία)/...../.....

ΕΝΔΗ1001-V1.2

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΖΩΗΣ
Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:	<input type="text"/>	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:	<input type="text"/>
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: (ηλεκτρομέρως)	<input type="text"/>	ΕΤΗ:	<input type="text"/>
		ΑΡ. Λ/ΣΜΟΥ ΤΡΑΠΕΖΑ	<input type="text"/>
Α.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ.:	<input type="text"/>	Δ.Α.Τ. ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	<input type="text"/>
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	<input type="text"/>	ΠΟΛΗ/Τ.Κ.:	<input type="text"/>
		ΤΗΛ.:	<input type="text"/>
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΑΛΛΑΓΗΣ:	<input type="text"/>	ΠΟΛΗ/Τ.Κ.:	<input type="text"/>
		ΤΗΛ.:	<input type="text"/>
		E-MAIL:	<input type="text"/>
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	<input type="text"/>	ΗΛΙΚΙΑ:	<input type="text"/>
		ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:	<input type="text"/>
		ΦΥΛΟ:	<input type="text"/>

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:	<input type="text"/>	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:	<input type="text"/>
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: (ηλεκτρομέρως)	<input type="text"/>	ΕΤΗ:	<input type="text"/>
		ΑΡ. Λ/ΣΜΟΥ ΤΡΑΠΕΖΑ	<input type="text"/>
Α.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ.:	<input type="text"/>	Δ.Α.Τ. ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	<input type="text"/>
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	<input type="text"/>	ΠΟΛΗ/Τ.Κ.:	<input type="text"/>
		ΤΗΛ.:	<input type="text"/>
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	<input type="text"/>	ΗΛΙΚΙΑ:	<input type="text"/>
		ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:	<input type="text"/>
		ΦΥΛΟ:	<input type="text"/>
ΠΟΣΑ ΤΑΞΙΔΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙΤΕ ΕΤΗΣΙΩΣ:	<input type="text"/>	ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ - ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ:	<input type="text"/>
Ε-MAIL:	<input type="text"/>		
ΣΧΕΣΗ ΛΗΠΤΗ/ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:	<input type="text"/>	ΑΛΛΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ/ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ:	<input type="text"/>

Δ. ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ

1) Ον/μο Ημ/νία Συγγένεια % ΑΔΤ
 ΑΦΜ ΔΟΥ ΑΡ. Λ/ΣΜΟΥ ΤΡΑΠΕΖΑ
 2) Ον/μο Ημ/νία Συγγένεια % ΑΔΤ
 ΑΦΜ ΔΟΥ ΑΡ. Λ/ΣΜΟΥ ΤΡΑΠΕΖΑ
 3) Ον/μο Ημ/νία Συγγένεια % ΑΔΤ
 ΑΦΜ ΔΟΥ ΑΡ. Λ/ΣΜΟΥ ΤΡΑΠΕΖΑ

Ε. ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ (Σε περίπτωση θανάτου του Λήπτη της Ασφάλισης)

Ον/μο Ημ/νία Συγγένεια % ΑΔΤ
 ΑΦΜ ΔΟΥ ΑΡ. Λ/ΣΜΟΥ ΤΡΑΠΕΖΑ

Ε. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

ΒΑΣΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Είδος Βασικής Ασφάλισης Ζωής Περιγραφή.....
 Διάρκεια Συμβολαίου Διάρκεια Πλήρωμης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΕΤΗΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ

ΠΡΟΣΘΗΚΕΣ ΓΕΝΙΚΕΣ

- Θάνατος από Ατύχημα (ΘΑ)
- Απαλλοτρίωση Πλήρωμης Ασφαλιστρών (ΑΠΑ)
- Απαλλοτρίωση Πλήρωμης Ασφαλιστρών Συμβαλλομένου (ΑΠΑΣ)
- Μόνιμη Ολική Ανικανότητα (ΜΟΑ)
- Θάνατος και Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από Ατύχημα (ΘΑΜΑ)
- Προσωπικό Ατύχημα (ΠΑ)

ΠΡΟΣΘΗΚΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

- Απώλεια εισοδήματος (ΑΕ)
 - Από ασθένεια/μηνιαία παροχή ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ από ημέρα ΣΠΙΤΙ από ημέρα
 - Από ατύχημα/μηνιαία παροχή ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ από ημέρα ΣΠΙΤΙ από ημέρα

ΠΡΟΣΘΗΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

- Νοσοκομειακό επίδομα/ημερήσια παροχή (ΝΕ)
- Ευρεία Νοσοκομειακή Περιθαλψη (ΕΝΠ)

ΑΤΟΜΑ

ΣΧΕΔΙΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

- Ισόβια Υγεία
- Παιδων Υγεία
- Προστασία Υγείας
- Κάρτα Υγείας
- Κάρτα Νοσηλείας
- Πρόγραμμα Αθλοδοπιών
- Νοιάζομαι

Σύνολο Ετήσιων Καθαρών Ασφαλιστρών

ΣΤ. ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΥΨΟΣ	ΒΑΡΟΣ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ	ΚΑΛΥΨΗ (ΚΩΔ.)

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ Κάθε χρόνο Κάθε εξάμηνο Κάθε τρίμηνο Κάθε μήνα
(μόνο με πιστωτική κάρτα)
 ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ Μέσω τραπεζής Με πιστωτική κάρτα Με ταχυδρομική επιταγή Μέσω Εισπράκτορα
 ΠΟΣΟ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ Ευρώ
 (οηλογράφως)

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

- A)**
1. Πόσο ύψος έχετε;.....Πόσο βάρος έχετε;.....Ομάδα Αίματος:.....
 2. Είστε αριστερόχειρας; ΝΑΙ ΟΧΙ
 3. Καταναλώνετε οινοπνευματώδη ποτά;
Αν **ΝΑΙ**, πόσα εβδομαδιαίως; ΝΑΙ ΟΧΙ
 4. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα; ΚΑΝΕΝΑ ΔΕΚΑ ΕΙΚΟΣΙ ΑΛΛΟ
 5. Υπήρξε μεταβολή στο βάρος σας τον τελευταίο χρόνο;
Αν **ΝΑΙ** αναφέρατε λεπτομέρειες στο σχετικό χώρο της αίτησης ΝΑΙ ΟΧΙ
 6. Είστε υπέρτασικός ή υποτασικός;
Αν **ΝΑΙ** αναφέρατε την πίεση ΝΑΙ ΟΧΙ
 7. Έχετε ακολουθήσει ποτέ θεραπεία ή νοσηλευτήκατε για τα ακόλουθα:
διαβήτη, σάκχαρο, ασθένεια νεφρών, ρευματικό πυρετό, καρδιακή πάθηση, υπέρταση, ασθένεια πνευμόνων,
νεφροπάθεια, έλκος ή πάθηση του πεπτικού συστήματος, επιληψία, διανοητική ή νευρική διαταραχή ή
οποιαδήποτε άλλη πάθηση, διαταραχή, τραύμα ή σωματικό ελάττωμα, καρκίνο (οποιασδήποτε μορφής),
παθήσεις μυοσκελετικού, παθήσεις των αδένων, παθήσεις του δέρματος, αφροδίσιο νόσημα, και τότε;
Αν **ΝΑΙ** αναφέρατε λεπτομέρειες στο σχετικό χώρο της Αίτησης. ΝΑΙ ΟΧΙ
 8. Κάνετε την τελευταία πενταετία, ηλεκτροκαρδιογραφήματα, ακτινογραφίες,
αιματολογικές εξετάσεις ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις;
Αν **ΝΑΙ** αναφέρατε λεπτομέρειες στο σχετικό χώρο της Αίτησης. ΝΑΙ ΟΧΙ
 9. Προσβλήθηκε ποτέ μέλος από το οικογενειακό σας περιβάλλον από φυματίωση, σακχαρώδη διαβήτη,
ασθένεια του αίματος, καρδιακή πάθηση, καρκίνο (οποιασδήποτε μορφής), ασθένεια των νεφρών;
Αν **ΝΑΙ** αναφέρατε λεπτομέρειες στο σχετικό χώρο της Αίτησης. ΝΑΙ ΟΧΙ
 10. Σκοπεύετε να χειρουργηθείτε ή να ακολουθήσετε θεραπεία; ΝΑΙ ΟΧΙ
 11. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα; ΝΑΙ ΟΧΙ
 12. Έχετε πάθει ανικανότητα για εργασία από ατύχημα ή ασθένεια; ΝΑΙ ΟΧΙ
 13. Έχετε υποβληθεί σε εγχείριση ή εγχειρήσεις; ΝΑΙ ΟΧΙ
 14. Υποφέρατε ποτέ, πήρατε ιατρικές συμβουλές, υποβλήθηκατε σε θεραπεία ή τεστ (αίματος ή άλλο)
σε νοσηλευτήριο για AIDS ή κατάσταση σχετική με AIDS; ΝΑΙ ΟΧΙ
 15. Έχετε απαλλαγεί ή πάρει αναβολή κατάταξης από τις Ένοπλες Δυνάμεις για λόγους υγείας; ΝΑΙ ΟΧΙ
 16. **ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ:**
 - α) Είσαθε έγκυος; ΝΑΙ ΟΧΙ
 - β) Ακολούθησατε ποτέ θεραπεία ή νοσηλευτήκατε για παθήσεις μαστών, μήτρας, σαλιγγών,
ωοθηκών και γενικά του γεννητικού συστήματος; ΝΑΙ ΟΧΙ

B)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΗΛΙΚΙΑ (αν ζουν)	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΗΛΙΚΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ
ΠΑΤΕΡΑΣ:				
ΜΗΤΕΡΑ:				

- Γ)**
1. Ποιο είναι το μηνιαίο ατομικό σας εισόδημα;€
 2. Ποιο είναι το μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα;€

Παρακαλούμε να περιγράψετε με λεπτομέρειες εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ.

ΣΧΟΛΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

A/A Ερώτησης	Κ Ε Ι Μ Ε Ν Ο

ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ:	Α.Φ.Μ.:
	ΑΡ.ΕΙΔ.ΜΗΤΡΩΟΥ :	ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ:
ΣΥΜΒΑΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ:	Α.Φ.Μ.:
	ΑΡ.ΕΙΔ.ΜΗΤΡΩΟΥ :	ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ:
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ:	Α.Φ.Μ.:
	ΑΡ.ΕΙΔ.ΜΗΤΡΩΟΥ :	ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ:

- Αν η Εταιρία δεν αποδεχθεί μέσα σ' ένα μήνα την αίτηση ή εκδώσει διαφορετικό συμβόλαιο από αυτό που ζητήθηκε με την αίτηση, τότε η προκαταβολή επιστρέφεται.
- Οποιαδήποτε συμφωνία με την Εταιρία είναι έγκυρη εφόσον γίνεται μόνο με έγγραφα που έχουν υπογραφές από τους νόμιμους Εκπροσώπους της, σύμφωνα με το Καταστατικό της.
- Το ποσό της απόδοξης αυτής δεν επιστρέφεται εάν ο Λήπτης της Ασφάλισης αρνηθεί να παραλάβει το ασφαλιστήριο που εκδόθηκε με την αίτησή του.

Ημερομηνία/...../.....

Ονοματεπώνυμο και υπογραφή λαβόντος

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν δεν σας παραδοθεί το Ασφαλιστήριο μέσα σ' ένα μήνα παρακαλούμε επικοινωνήστε με το Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών (2310 492100).

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ) για την ασφάλιση ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

A1. Είστε αριστερόχειρας; ΝΑΙ ΟΧΙ

A2. Πόσο ύψος έχετε; Ποιο είναι το βάρος σας;

A3. Καπνίζετε; ΝΑΙ ΟΧΙ Πόσα τσιγάρα την ημέρα; (μέσος όρος)

A4. Πίνετε ποτά που περιέχουν αλκοόλη; ΝΑΙ ΟΧΙ Ποσότητα ημερησίως; (μέσος όρος)

A5. Πόση είναι η αρτηριακή σας πίεση; MAX MIN

B1. Έχετε προσβληθεί ποτέ ή υποφέρετε από ασθένειες; ΝΑΙ ΟΧΙ

A) Του νευρικού συστήματος, του εγκεφάλου, των ματιών, των αυτιών, του πεπτικού; B1 - α)

B) Της καρδιάς ή του κυκλοφορικού συστήματος, των νεφρών, της ουροδόχου κύστεως ή των γεννητικών οργάνων, του δέρματος; B1 - β)

Γ) Του αναπνευστικού συστήματος, του σκελετού, των συνδέσμων ή των μυών, των αδένων, του αίματος; B1 - γ)

B2. Έχετε προσβληθεί ποτέ ή υποφέρετε από αφροδίσιο νόσημα, όγκο ή καρκίνο; B2

B3. Νοσηλευθήκατε ποτέ για οποιαδήποτε αιτία σε Νοσοκομείο ή Κλινική; B3

B4. Έχετε υποβληθεί σε εγχείρηση ή εγχειρήσεις; B4

B5. Έχετε απαλληλαγεί ή πάρει αναβολή κατάταξης από τις Ένοπλες Δυνάμεις για λόγους υγείας; B5

Παρακαλούμε να περιγράψετε με λεπτομέρειες εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ.

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΣΤΑΥΡΩΘΗΚΑΝ ΜΕ ΤΟ Δ.Α.Τ. ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ / ΚΩΔΙΚΟΣ:

Υπογραφή & Σφραγίδα

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

1. Αφού διάβασα με προσοχή τις παραπάνω δηλώσεις μου, βεβαιώνω υπεύθυνα ότι αυτές είναι πλήρεις και αληθινές και δέχομαι να ασφαλιστώ με βάση αυτές τις δηλώσεις. Δέχομαι επίσης να αποτελέσουν τη βάση και τμήμα του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί αν είμαι ασφαλισμένος για το είδος της ασφάλισης, τα ποσά και τις παροχές που ζητούνται με τα κανονικά ασφαλιστήρια του Τιμολογίου και τους κανόνες που εφαρμόζει η Εταιρία. Με αυτό το έγγραφο ή φωτοαντίγραφο του εξουσιοδοτώ κάθε Νοσοκομείο, Νοσηλευτικό Ίδρυμα ή Φυσικό Πρόσωπο που μου προσέφερε Ιατρική περίθαλψη, να δώσει σε γιατρό ή σε εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο της **ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε.** Ζωής εγγράφως, κάθε ιατρική πληροφορία που θα ζητήσει αναφορικά με την νοσηλεία ή την περίθαλψη μου, σε σχέση με οποιοδήποτε Ασφαλιστήριο ή Αίτηση για ασφάλιση που υποβλήθηκε στην εν λόγω Ασφαλιστική Εταιρία. 2. Η παρούσα πρόταση ασφάλισης υποβάλλεται μετά την ενημέρωση που έλαβα από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή για τις ασφαλιστικές μου ανάγκες και αφού έλαβα υπ' όψιν το «**ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ**».

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

Με την παρούσα δήλωση, βεβαιώνω ότι παρέλαβα από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή:

α) το ενημερωτικό έντυπο πληροφοριών (σύμφωνα με το Ν. 4364/2016 Άρθρο 152 β) έντυπο ενημερωτικό υλικό σχετικά με το αιτούμενο ασφαλιστικό προϊόν.
Επίσης ενημερώθηκα ότι όλα τα παραπάνω έντυπα είναι αναρτημένα με ελεύθερη πρόσβαση στην ιστοσελίδα της Εταιρίας www.intersalonica.gr

ΤΟΠΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / /

(Υπογραφή Συνεργάτη)

(Υπογραφή Αιτούντος & βεβαιούντος)

**ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΡΧΙΑΤΡΟΥ - ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ
(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ)**

Όνοματεπώνυμο - υπογραφή

Η παρούσα αίτηση ασφάλισης προέκυψε κατόπιν έρευνας και αξιολόγησης των ασφαλιστικών μου αναγκών και γραπτής μου ενημέρωσης για αυτές, αποτελεί αιτιολογημένη παροχή συμβουλής από τον διανομέα για το ασφαλιστικό προϊόν και τελέει υπό την αποδοχή ή μη της Εταιρίας σύμφωνα με τους κανόνες αποδοχής που έχει ορίσει. Σε κάθε περίπτωση η ισχύς των ασφαλιστικών καλύψεων, αρχίζει μόνον με την καταβολή ολόκληρου του οφειλόμενου ασφαλιστρού. Ανανέωση της ασφαλιστικής σύμβασης μπορεί να γίνει μόνον μετά την εμπρόθεσμη καταβολή του ασφαλιστρού της επόμενης ασφαλιστικής περιόδου. Η εξόφληση του συνόλου των ασφαλιστρού συνιστά από τον λήπτη ασφάλισης/ ασφαλισμένο γνώση και αποδοχή των Γενικών και Ειδικών όρων της ασφαλιστικής σύμβασης και των καλύψεων που περιλαμβάνει αυτή.

Ο υπογράφων λήπτης/ ασφαλισμένος, δηλώνω ότι:

1. Τα στοιχεία που δήλωσα στην παρούσα αίτηση ασφάλισης είναι αληθή

2. Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων σύμφωνα με τα αναγραφόμενα στην πίσω σελίδα.

3. Παρέλαβα τα παρακάτω έντυπα και ενημερώθηκα ότι αυτά είναι αναρτημένα, με ελεύθερη πρόσβαση, στην ιστοσελίδα της Εταιρίας www.intersalonica.gr :

→ Το ενημερωτικό έντυπο της Εταιρίας σύμφωνα με τις πληροφορίες του άρθρου 152 του Ν. 4364/2016, και τις πληροφορίες σχετικά με την αμοιβή των υπαλλήλων της Εταιρίας που εργάζονται ως διανομείς σύμφωνα με τα άρθρα 28 και 29 του Ν. 4583/2018,

4. Παρέλαβα από τον ασφαλιστικό μου διαμεσολαβητή ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες του άρθρου 152 του Ν. 4364/2016, τις πληροφορίες των άρθρων 28 και 29 του Ν. 4583/2018.

5. **Αρχική σελίδα**: ενημέρωση και υπογραφή συγκατάθεσης για Προσωπικά Δεδομένα

Ο/Η λήπτης της ασφάλισης & Δηλών/ούσα

ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ



Μ.Α.Ε. 18197/05/8/88/012 • Α.Φ.Μ. 094220868 • Δ.Ο.Υ. Φ.Α.Ε. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ • ΑΡΙΘΜΟΣ Γ.Ε.ΜΗ. 057730304000

ΕΔΡΑ: 15ο ΧΛΜ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ - ΠΕΡΑΙΑΣ, ΤΘ. 22402, Τ.Κ. 551 02 Τ. 2310 492.100, F. 2310 486.260
www.intersalonica.gr • e-mail: life@intersalonica.gr

ΑΡΙΘΜΟΣ

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ

Ο / Η κ. πλήρωσε Ευρώ (.....€) για προκαταβολή ασφαλιστρού, έναντι της πρώτης δόσης, για την έκδοση Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου ΖΩΗΣ, με διάρκεια από..... έως

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η παρούσα επέχει και θέση βεβαίωσης έως την οριστική έκδοση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.

Ο Συνεργάτης που εισέπραξε την Προκαταβολή της Αίτησης.

Όνοματεπώνυμο / Υπογραφή

ΤΟΠΟΣ....., ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../.....