

Αίτηση & Δήλωση Κατάστασης Υγείας για ένταξη στο Ασφαλιστήριο ΥγείαPlus

ΜΕΡΟΣ 1 - ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑΣ

Παρακαλούμε συμπληρώστε για όλα τα μέλη της οικογένειας που υποβάλλουν αίτηση για κάλυψη

A	Κυρίως Ασφαλιζόμενος	Όνομα	Επώνυμο	Αρ. Ταυτότητας
		Επάγγελμα	Α.Φ.Μ.	Α.Μ.Κ.Α.
		Ημερομηνία Γέννησης ___/___/___	Ύψος _____ Βάρος _____	Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>
		Ηλεκτρονική Διεύθυνση	Ταμείο Ασφάλισης	

B	Ο/Η σύζυγος	Όνομα	Επώνυμο	Αρ. Ταυτότητας
		Επάγγελμα	Α.Φ.Μ.	Α.Μ.Κ.Α.
		Ημερομηνία Γέννησης ___/___/___	Ύψος _____ Βάρος _____	Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>

Γ	Παιδί	Όνομα	Επώνυμο	Αρ. Ταυτότητας
		Επάγγελμα	Α.Φ.Μ.	Α.Μ.Κ.Α.
		Ημερομηνία Γέννησης ___/___/___	Ύψος _____ Βάρος _____	Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>

Δ	Παιδί	Όνομα	Επώνυμο	Αρ. Ταυτότητας
		Επάγγελμα	Α.Φ.Μ.	Α.Μ.Κ.Α.
		Ημερομηνία Γέννησης ___/___/___	Ύψος _____ Βάρος _____	Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>

Ε	Παιδί	Όνομα	Επώνυμο	Αρ. Ταυτότητας
		Επάγγελμα	Α.Φ.Μ.	Α.Μ.Κ.Α.
		Ημερομηνία Γέννησης ___/___/___	Ύψος _____ Βάρος _____	Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>

ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

Διεύθυνση Αλληλογραφίας	Δ.Ο.Υ.	
Νομός	Τ.Κ.	Τηλέφωνο

ΜΕΡΟΣ 2 – ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

	Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις		Εάν Ναι , επιλέξτε το μέλος χρησιμοποιώντας το Γράμμα από το Μέρος 1
1	Είστε εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος αιτών επί του παρόντος ανάπηρος ή ανίκανος να εκτελέσει <u>συνήθεις δραστηριότητες</u> ;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
2	Νευρολογικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, της σκλήρυνσης κατά πλάκας (ΣΚΠ), της μυϊκής δυστροφίας, της νόσου του Lou Gehrig (ALS), της νόσου του Πάρκινσον, της παράλυσης, της επιληψίας, των σπασμών, των επιληπτικών κρίσεων, του εγκεφαλικού ή των παροδικών εγκεφαλικών ισχαιμικών προσβολών;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
3	Είστε θετικοί για, ή διαγνωστήκατε ή υποβλήθηκατε σε θεραπεία για Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS), σύμπλεγμα που σχετίζεται με AIDS (ARC), Σύνδρομο Λεμφαδενοπάθειας, Ιό Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV), Ηπατίτιδα C ή οποιοδήποτε άλλη Διαταραχή του Ανοσοποιητικού Συστήματος;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
4	Συγγενής, γενετική ή κληρονομική ή εκ γενετής ελάττωμα που περιλαμβάνει, ενδεικτικά: νοητική υστέρηση, σύνδρομο Down ή άλλη χρωμοσωμική διαταραχή, σωματική διαταραχή, παραμόρφωση ή ελάττωμα;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
5	Ασχολείσθε με επικίνδυνα σπορ, επικίνδυνες δραστηριότητες, ή επαγγελματικό αθλητισμό;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	

Σημείωση: Εάν κάποιος αιτών απάντησε **Ναι** σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις, δεν πληροί τις προϋποθέσεις για αυτήν την ασφάλιση.

	Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις		Εάν Ναι , επιλέξτε το μέλος χρησιμοποιώντας το Γράμμα από το Μέρος 1
	Έχετε ή είχατε παρουσιάσει ποτέ εκδηλώσει συμπτώματα από, ή πάσχετε από, ζητήσατε διαβούλευση, εξετασθήκατε ή λάβατε θεραπεία ή διαγνωσθήκατε με οποιαδήποτε νόσο, πάθηση, ασθένεια, ιατρικό πρόβλημα, διαταραχή, ή άλλο πρόβλημα που προκύπτει από, ή που περιλαμβάνει ή σχετίζεται με οποιοδήποτε από τα ακόλουθα:		
6	Καρδιολογικά, καρδιαγγειακά και/ή κυκλοφορικά, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, : συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιακή προσβολή, στηθάγχη, πόνος στο στήθος, αρτηριοσκλήρωση, υπέρταση, πρήξιμο ποδιών/αστραγάλων, θρόμβωση, φλεβίτιδα-κίρσοι, ρευματικός πυρετός, ή καρδιακό φύσημα; Εάν ναι, συμπληρώστε τα ακόλουθα: α) Ημερομηνία της πιο πρόσφατης μέτρησης αρτηριακής πίεσης: _____ β) Αποτέλεσμα: _____ γ) Φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνετε (Τύποι & Δοσολογία) _____	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
7	Άσθμα ή αλλεργίες; Εάν ναι, προσδιορίστε ποια και συμπληρώστε τα ακόλουθα: α) Ημερομηνία διάγνωσης: _____ β) Απαιτήθηκε νοσηλεία ή θεραπεία έκτακτης ανάγκης; Ημερομηνίες: _____ γ) Παρακαλούμε αναφέρετε γνωστούς παράγοντες ενεργοποίησης: _____ δ) Φάρμακα (Τύποι και Δοσολογία) _____ ε) Συχνότητα επεισοδίων _____	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
8	Αναπνευστικό σύστημα που περιλαμβάνει, αλλά δεν περιορίζεται σε: φυματίωση, διαταραχές των πνευμόνων, εμφύσημα, χρόνια βήχα, βρογχίτιδα, βρογχικό άσθμα, πνευρίτιδα ή πνευμονία, σύνδρομο υπνικής άπνοιας;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
9	Διαταραχές του ήπατος, του παγκρέατος, της χοληδόχου κύστης ή των ενδοκρινικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, : διαταραχές της υπόφυσης, του θυρεοειδούς ή του μεταβολισμού ή της παχυσαρκίας;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
10	Του ουροποιητικού συστήματος; π.χ. κωλικός νεφρού, πέτρες στα νεφρά ή στην ουροδόχο κύστη ουρολοίμωξη, παθήσεις προστάτη, νεφρική ανεπάρκεια	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
11	Του νευρικού συστήματος ή ψυχιατρικές παθήσεις; π.χ. Νευρολογικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των ημικρανίων, των χρόνιων πονοκεφάλων, επιληψία, κατάθλιψη	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
12	Του μυοσκελετικού συστήματος; π.χ. Μυϊκές, σκελετικές, σπονδυλικής στήλης, οστών ή αρθρώσεων, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά σε: σκολίωση, σπονδυλοπάθεια, δισκοπάθεια ή οποιαδήποτε άλλη πάθηση της πλάτης ή του αυχένα, ρευματισμούς, αρθρίτιδα, ουρική αρθρίτιδα, τενοντίτιδα, οστεοπόρωση ή φλεγμονή, κατάγματα;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
13	Διαβήτη, υπεργλυκαιμία ή υπογλυκαιμία; Εάν ναι στον διαβήτη, συμπληρώστε τα ακόλουθα: α) Διαβητικός Τύπος: I ή II _____ β) Ημερομηνία διάγνωσης: _____ γ) Ελέγχεται μόνο με διαίτα; _____ δ) Φάρμακα (Τύποι και Δοσολογία) _____ ε) Ημερομηνία της πιο πρόσφατης εξέτασης HbA1c; ____/____/____ στ) Αποτελέσματα της εξέτασης HbA1c _____	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
14	Του δέρματος, π.χ. ψωρίαση,	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
15	Του μεταβολισμού; υπερχοληστεριναιμία, θυρεοειδοπάθεια	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
16	Των ματιών, των αυτιών, της μύτης, του λαιμού; π.χ. μυωπία, καταρράκτη, ελάττωση ακοής κ.λπ.	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
17	του αίματος και αιμοποιητικών οργάνων, των λεμφαδένων; π.χ. αναιμίες, παθήσεις σπλήνα, λεμφαδένων κ.λπ.	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
18	Έχετε ή είχατε ποτέ διαγνωστεί ή υποβληθεί σε θεραπεία για οποιοδήποτε τύπου καρκίνου, προ καρκινική κατάσταση ή νεοπλασμάτα τα τελευταία 5 χρόνια;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
19	Όγκος, κύστη, πολύποδας, μελάνωμα, σάρκωμα Kaposi, κυτταρική διαταραχή, έρπητα ζωστήρα, ασβεστοποίηση ή ανάπτυξη οποιοδήποτε είδους;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
20	γυναικολογικές παθήσεις; π.χ. ινομυώματα, κύστες ωοθηκών, ενδομητρίωση, ινοκυστική νόσο μαστών κ.λπ.	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
21	Είστε έγκυος; Σε ποιον μήνα; _____	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
22	Οδηγείτε μοτοσυκλέτα ή μοτοποδήλατο; Κυβισμός: _____ Χρήση: _____	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
23	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 απαιτούσαν ή απαιτούν ιατρική συμβουλή ή θεραπεία;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
24	Είστε καπνιστής;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
25	Έχετε κάνει ή κάνετε χρήση ναρκωτικών, αναβολικών ή άλλων παραισθησιογόνων ουσιών;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
26	Έχετε περάσει ή πάσχετε από άλλη πάθηση ή έχετε ενοχλήματα σχετικά με περιπτώσεις που δεν αναφέρονται παραπάνω;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
27	Στην οικογένειά σας (πατέρας - μητέρα - αδέρφια) είχατε περιπτώσεις διαβήτη, παθήσεων καρδιάς ή νεφρών, υπέρτασης, εγκεφαλικού, διανοητικών ή ψυχιατρικών διαταραχών; Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε να σημειώσετε λεπτομέρειες.	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	

Αριθμός Ερώτησης	Μέλος (Γράμμα από Μέρος 1)	Περιγραφή / Διάγνωση Προηγούμενες και Παρούσες Θεραπείες	Ημερομηνία Τελευταίας Θεραπείας	Τρέχουσα κατάσταση Σε εξέλιξη / Πλήρης Ίαση

Συνολικός αριθμός Ατόμων προς ασφάλιση _____ Κυρίως Ασφαλισμένος: **1** + Εξαρτώμενα: ____ Σύνολο ατόμων _____

Έχει οποιοσδήποτε Ασφαλιστής, αρνηθεί, ακυρώσει, ή επιβάλει ειδικούς όρους για να σας ασφαλίσει; 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 ασφαλίστρου και ασφαλίστρα ανανέωσης, το πίνακα ωφελημάτων και ιστορικό απαιτήσεων.

Ασφαλιστής: _____

Τρόπος καταβολής Ασφαλίστρου: Μία Ετήσια Δόση Δύο Εξάμηνες Δόσεις Τέσσερις Τριμηνιαίες Δόσεις

Επιθυμώ το Σχέδιο: YgeiaPlus Basic YgeiaPlus Essential

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 παραμείνει 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 ασφαλίστρου 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	Υπάρχουν απαιτήσεις οποιουδήποτε αιτούντα (Κυρίως Ασφαλιζόμενου 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;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν Γνωρίζω <input type="checkbox"/>
2	Υπάρχουν Αιτητές (Κυρίως Ασφαλιζόμενος ή Εξαρτώμενα) 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;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν Γνωρίζω <input type="checkbox"/>
3	Βρισκόταν οποιοσδήποτε Αιτητής (Κυρίως Ασφαλιζόμενος ή Εξαρτώμενα) σε Νοσοκομειακό Ίδρυμα πριν από την ημερομηνία συμπλήρωσης αυτής της Δήλωσης, ή υποφέρουν από μία ιατρική κατάσταση η οποία θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα την παραμονή τους σε Νοσοκομείο;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν Γνωρίζω <input type="checkbox"/>
4	Υπάρχουν Εξαρτώμενα τέκνα άνω των 18 τα οποία καλύπτονται κάτω από το σχέδιο κάτω από επέκταση κάλυψης για ανάπηρα παιδιά ή άτομα με ειδικές ανάγκες;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν Γνωρίζω <input type="checkbox"/>
5	Υπάρχουν Αιτούντες με ιστορικό ή πρόσφατη διάγνωση οποιασδήποτε σοβαρής ασθένειας ή πάθησης;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν Γνωρίζω <input type="checkbox"/>

ΚΑΜΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΔΕΝ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ 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 οποιοδήποτε 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 ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους (υπογραφή)	Σύζυγος ως εξαρτώμενο μέλος καθώς και υπέρ ανηλίκων, 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 χορηγούν γραπτά ή προφορικά στοιχεία που θα ζητήσει η Εταιρία και αφορούν σε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα δικά μας ή των ανηλίκων εξαρτώμενων μελών σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου που αναφέρεται στην παρούσα.

Κυρίως Ασφαλιζόμενος καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους (υπογραφή)	Σύζυγος ως εξαρτώμενο μέλος καθώς και υπέρ ανηλίκων, 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, μέσω 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 Συναιώ <input type="checkbox"/> Δεν συναιώ <input type="checkbox"/> (check & υπογραφή)	Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης Συναιώ <input type="checkbox"/> Δεν συναιώ <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 οποιωνδήποτε 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 (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητα, 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 ανηλίκων, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους (υπογραφή)	Σύζυγος ως εξαρτώμενο μέλος καθώς και υπέρ ανηλίκων, 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)