

ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ (CΡΜΕ) / ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ/ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΝΤΟΥ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΤΕΤΡΑΓΩΝΙΔΙΑ. ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΝΑ ΠΑΡΕΧΕΤΕ ΤΙΣ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ, ΩΣΤΕ ΝΑ ΜΠΟΡΕΣΟΥΜΕ ΝΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΟΥΜΕ ΣΩΣΤΑ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ. ΕΑΝ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ, ΘΑ ΘΕΩΡΗΣΟΥΜΕ ΟΤΙ ΑΥΤΗ Η ΜΗ ΠΑΡΟΧΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΣΑΣ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΟΤΙ ΔΕΝ ΕΧΕΤΕ ΤΙΠΟΤΑ ΝΑ ΑΠΟΚΑΛΥΨΕΤΕ. ΑΥΤΗ Η ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΑ ΑΠΟ ΕΣΑΣ. ΕΑΝ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΜΙΑ ΔΙΟΡΘΩΣΗ, ΜΟΝΟΓΡΑΦΗΣΤΕ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ.

1.

ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΑΣ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΜΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΕ ΓΙΑ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΣΑΣ) ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΥΡΙΟ ΑΙΤΟΥΝΤΑ (ΚΑΤΟΧΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ)

ΚΑΤΟΧΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ (όνομα εταιρείας / εργοδότη / επώνυμο και όνομα)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ (Συμπληρώνεται μόνο εάν επιθυμείτε να λαμβάνετε την αλληλογραφία σας σε διαφορετική διεύθυνση από αυτή της Διεύθυνσης Κατοικίας)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ηη/μμ/εεεε)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ/ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ / ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ (Εάν έχετε διπλή υπηκοότητα, δηλώστε τις χώρες)

ΧΩΡΑ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΕΤΕ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΕΤΟΥΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

EMAIL

ΚΙΝΗΤΟ

2.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΟΥ ΕΠΙΛΕΓΕΤΕ & ΑΠΑΛΛΑΓΗ

Η κάλυψη θα ξεκινήσει από την ημερομηνία που εμφανίζεται στο Πιστοποιητικό Ασφάλισης/Πιστοποιητικό Εγγραφής, υπό την προϋπόθεση ότι η αίτησή σας έχει ληφθεί και γίνει αποδεκτή από εμάς. Επιλέξτε **ΕΝΑ** επίπεδο κάλυψης, απαλλαγή και περιοχή κάλυψης που χρειάζεστε και σημειώστε με (✓) τα σχετικά πλαίσια. Η επιλογή σας ισχύει για τα εξαρτώμενα μέλη σας που είναι ασφαλισμένα βάσει του ασφαλιστηρίου.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΚΑΛΥΨΗΣ:

BLUE

ADMIRAL

ROYAL

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ: BLUE / Ετήσια απαλλαγή για όλες τις παροχές, ανά άτομο, ανά έτος συμβολαίου:

ΜΗΔΕΝ

€75

€150

€250

€500

€1000

€2500

€4500

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ: ADMIRAL, ROYAL / Ετήσια απαλλαγή για όλες τις ενδονοσοκομειακές παροχές, ανά άτομο, ανά έτος συμβολαίου:

ΜΗΔΕΝ

€150

€300

€625

€1250

€2500

€6250

ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΛΥΨΗΣ:

ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ ΕΞΑΙΡΟΥΜΕΝΩΝ ΤΩΝ Η.Π.Α.

ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ (ισχύει μόνο για το ADMIRAL και το ROYAL):

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ + ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

3. ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ Ή ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Η Επιλογή Αναδοχής Switch (CPME) είναι διαθέσιμη σε επιλέξιμους αιτούντες που έχουν επί του παρόντος ισχύοντα ιδιωτική ασφάλιση υγείας και επιθυμούν να μεταφερθούν στα διεθνή προγράμματα MediHelp. Βοηθήστε μας συμπληρώνοντας όλες τις ερωτήσεις σχετικά με την υγεία σας στην **Ενότητα 6.2 SWITCH (CPME)** τόσο για εσάς όσο και για τυχόν αιτούντες που καλύπτονται από το Πρόγραμμα. Σε αντίθετη περίπτωση, ενδέχεται να τροποποιηθούν οι όροι αναδοχής των αιτούντων, να ακυρωθεί η κάλυψη ή να μην καταβληθεί αποζημίωση και τυχόν έξοδα θεραπείας που έχουν ήδη καταβληθεί από εμάς να επιστραφούν από εσάς. Για οποιοδήποτε αίτημα αναβάθμισης προγράμματος ασφάλισης, ενδέχεται να υποβάλουμε την αίτησή σας σε Πλήρη Αξιολόγηση Ιατρικού Ιστορικού.

Εάν πραγματοποιείτε μεταφορά από ένα υπάρχον Διεθνές Πρόγραμμα της MediHelp και θέλετε να **ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΕΤΕ** το πρόγραμμά σας, μεταβείτε στην Ενότητα 6.3 ΜΕΤΑΦΟΡΑ / ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ και επιλέξτε την επιλογή που θέλετε. Όλα τα αιτήματα αλλαγής προγράμματος, εάν εγκριθούν, θα ισχύουν για όλα τα καλυπτόμενα μέλη.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ (ηη/μμ/εεεε)

Συμφωνώ/συμφωνούμε να μεταφέρουμε την ασφάλισή μας σε ισχύ από

- α. απόκειται στους ενημερωμένους **Γενικούς Όρους και Προϋποθέσεις με τα Διεθνή Προγράμματα της MediHelp** και του **Ασφαλιστή, AWP Health & Life**
 β. όλες οι πληροφορίες που υποβάλλονται σε σχέση με τυχόν προηγούμενες δηλώσεις υγείας και αξιώσεις που προηγήθηκαν αυτής της αλλαγής και αντικατάστασης θα αποτελούν τη βάση αυτής της σύμβασης μεταξύ των Ασφαλισμένων Προσώπων και του **Ασφαλιστή, AWP Health & Life**.
 γ. Συμφωνώ (Συμφωνούμε) εκ μέρους των Ασφαλισμένων ότι θα κατανοήσουμε το **Έγγραφο Πληροφοριών για το Προϊόν (PID)** και τους **Γενικούς Όρους και Προϋποθέσεις** και τις λεπτομέρειες που σχετίζονται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

ΕΧΕΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΙ ΠΟΤΕ Η ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ; ΕΑΝ ΝΑΙ, ΔΩΣΤΕ ΜΑΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΟΝΟΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗ(ΩΝ) ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ(ΤΑ):

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ

4. ΝΟΜΙΣΜΑ & ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ ΣΑΣ

ΝΟΜΙΣΜΑ: € / ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΕΝΑ ΤΡΟΠΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ:

ΕΤΗΣΙΑ

ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΑ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ

ΠΡΟΤΙΜΟΜΕΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ (ηη/μμ/εεεε)

5. ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ*

1.

ΤΙΤΛΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΟΝΟΜΑ

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΕΣΑΣ (σύζυγος, σύντροφος, γιος/κόρη)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ηη/μμ/εεεε)

ΑΡΙΘΜ. Α.Δ.Τ./ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

2

ΤΙΤΛΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΟΝΟΜΑ

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΕΣΑΣ (σύζυγος, σύντροφος, γιος/κόρη)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ηη/μμ/εεεε)

ΑΡΙΘΜ. Α.Δ.Τ./ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

3

ΤΙΤΛΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΟΝΟΜΑ

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΕΣΑΣ (σύζυγος, σύντροφος, γιος/κόρη)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ηη/μμ/εεεε)

ΑΡΙΘΜ. Α.Δ.Τ./ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

4 ΤΙΤΛΟΣ ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΟΝΟΜΑ

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΕΣΑΣ (σύζυγος, σύντροφος, γιος/κόρη) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ηη/μμ/εεεε)

ΑΡΙΘΜ. Α.Δ.Τ./ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

*Για να προσθέσετε περισσότερα μέλη της οικογένειας, συνεχίστε και χρησιμοποιήστε άλλο ξεχωριστό Έντυπο Αίτησης, εάν είναι απαραίτητο.

6.

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (ΟΙ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΕΓΓΡΑΦΩΣ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ. ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ)

Λάβετε υπόψη ότι:

- Πρέπει να δηλώσετε το ιατρικό ιστορικό σας ΚΑΙ των αιτούντων ακόμα κι αν έχετε ασφαλιστεί σε εμάς ή οπουδήποτε αλλού στο παρελθόν.
- ΚΑΜΙΑ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΠΡΟΗΓΗΘΗΚΕ ΤΗΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ Ή ΠΟΥ ΉΤΑΝ ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΔΕΚΤΗ, εκτός εάν αυτή η ιατρική κατάσταση έχει δηλωθεί και γίνει αποδεκτή εγγράφως από εμάς προτού ξεκινήσει η κάλυψη.
- Σε περίπτωση που δεν μας ειδοποιήσετε γραπτώς για μια ιατρική κατάσταση, ενδέχεται να απορρίψουμε τις αξιώσεις σας για παροχές ή να αποσύρουμε την κάλυψή σας. Εάν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία, θα πρέπει να γνωστοποιήσετε την ιατρική κατάσταση. Φροντίστε να γνωστοποιήσετε πλήρως οποιεσδήποτε γνωστές ή ύποπτες παθήσεις και συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι αιτούντες στο παρόν έντυπο. Αυτό ισχύει ακόμα κι αν δεν έχετε ζητήσει ακόμη επαγγελματική συμβουλή.

6.1.

ΑΙΤΗΜΑ SWITCH (CPME)

Είχε κάποιος ποτέ ιστορικό ή υποφέρει αυτήν τη στιγμή ή έλαβε ιατρική σύσταση ή είχε λάβει θεραπεία για οποιοδήποτε από τα ακόλουθα (είτε έχει διαγνωστεί είτε όχι); Εάν κάποια από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 6.2α έως 6.2στ. σε αυτήν την ενότητα είναι Ναι, ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΗΝ ΕΝΟΤΗΤΑ 6.4. και δώστε λεπτομέρειες.

ΟΝΟΜΑ ΚΥΡΙΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΟΝΟΜΑ 1^{ΟΥ} ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΟΝΟΜΑ 2^{ΟΥ} ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΟΝΟΜΑ 3^{ΟΥ} ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΟΝΟΜΑ 4^{ΟΥ} ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

6.1α. Καρκίνος συμπεριλαμβανομένων καλοήθων όγκων του εγκεφάλου, καρδιακή πάθηση ή προβλήματα, εγκεφαλικό επεισόδιο, διαβήτης ή οποιαδήποτε ψυχιατρική πάθηση (π.χ. ψυχική ασθένεια, κατάθλιψη κ.λπ.);

NAI OXI NAI OXI NAI OXI NAI OXI NAI OXI

6.1β. Οποιοδήποτε μυοσκελετικές παθήσεις, αντικατάσταση άρθρωσης ή οποιαδήποτε επέμβαση στη σπονδυλική στήλη;

NAI OXI NAI OXI NAI OXI NAI OXI NAI OXI

6.1γ. Έχετε υποβάλει αξίωση αποζημίωσης εσείς ή οποιοδήποτε καλυπτόμενο μέλος από την υπάρχουσα ασφάλισή σας ή είχατε υποβληθεί σε θεραπεία στο νοσοκομείο ή συμβουλευτήκατε ιατρό τους τελευταίους 12 μήνες;

NAI OXI NAI OXI NAI OXI NAI OXI NAI OXI

6.1δ. Έχετε εσείς ή οποιοδήποτε καλυπτόμενο μέλος κάποια μακροχρόνια πάθηση που απαιτούν τακτική θεραπεία ή επανεξέταση από γιατρό;

NAI OXI NAI OXI NAI OXI NAI OXI NAI OXI

6.1ε. Εσείς ή οποιοδήποτε καλυπτόμενο μέλος έχετε προγραμματίσει ή πρόκειται να πραγματοποιήσετε θεραπεία ή εξετάσεις;

NAI OXI NAI OXI NAI OXI NAI OXI NAI OXI

Με τον όρο θεραπεία εννοούμε τις χειρουργικές ή ιατρικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών εξετάσεων) που απαιτούνται για τη διάγνωση, την ανακούφιση ή τη θεραπεία μιας ασθένειας, νόσου ή τραυματισμού.

6.1στ. Έχετε εσείς ή οποιοδήποτε από τους αιτούντες λάβει συμβουλές, διαγνωστεί ή λάβει ιατρική σύσταση, φροντίδα, θεραπεία ή έχετε λάβει φάρμακα για οποιοδήποτε τύπο καρκίνου, κακοήγη όγκο, λέμφωμα Hodgkin, λέμφωμα μη Hodgkin, λευχαιμία, καρκίνο του δέρματος, μελάνωμα ή έχετε υποβληθεί σε εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο που δεν ήταν φυσιολογικές ή τυχόν εξετάσεις που υποδεικνύουν ότι εσείς/οι αιτούντες μπορεί να έχετε καρκίνο;

NAI OXI NAI OXI NAI OXI NAI OXI NAI OXI

6.2. ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΓΩ/ΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ* ΘΕΛΩ/-ΟΥΜΕ ΝΑ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΩ/-ΟΥΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΟΥ/ΜΑΣ*

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	από		έως	
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΛΥΨΗΣ	από		έως	
ΜΕΙΩΣΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ	από		έως	

ΛΟΓΟΣ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Προσωπικές δηλώσεις: απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις	ΟΝΟΜΑ ΚΥΡΙΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ		ΟΝΟΜΑ 1ΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ		ΟΝΟΜΑ 2ΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ		ΟΝΟΜΑ 3ΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ		ΟΝΟΜΑ 4ΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
6.2α. Έχει συμβουλευτεί κανείς ποτέ ιατρό, έχει εισαχθεί σε νοσοκομείο ή οικο ευγηρίας ή εμφανίσει διαλείπουσα ή επαναλαμβανόμενη ασθένεια τα τελευταία πέντε χρόνια;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.2β. Έχει επισκεφτεί κάποιος γιατρό, φυσιοθεραπευτή, νοσοκόμο, οστεοπαθητικό ή χειροπόρακτη ή έχει λάβει συνταγή για φαρμακευτική αγωγή τους τελευταίους 12 μήνες ή υπάρχει κάποια εκκρεμής ή προγραμματισμένη θεραπεία, διάγνωση ή αναζήτηση συμβουλών;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.2γ. Εμφάνισε ή είχε κάποιος συμπτώματα από οποιαδήποτε άλλη ιατρική κατάσταση, αναπηρία ή πρόβλημα υγείας, για παράδειγμα, γυναικολογικά ή εμμηνορροϊκά προβλήματα, επιπλοκές της εγκυμοσύνης, σημάδια ή συμπτώματα κίρσων, προβλήματα στην πλάτη, μη φυσιολογικές οδοντικές καταστάσεις, διαταραχές των ποδιών (π.χ. κότσι), πεπτικές ανωμαλίες, δερματικά προβλήματα ή προβλήματα με την καρδιά, τα άκρα, τα μάτια, τα νεύρα;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.2δ. Είχε κάποιος καρκίνο τα τελευταία πέντε χρόνια ή αναμένει να υποβληθεί σε θεραπεία ή εξετάσεις για καρκίνο;	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6.3. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Χρησιμοποιήστε αυτήν την ενότητα εάν χρειάζεστε περισσότερο χώρο για να απαντήσετε σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις. Εάν δεν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, πηγαίnete τώρα στις ενότητες 7 «Συγκατάθεση για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων» και 8 «Δήλωση και υπογραφή». Στις απαντήσεις σας, συμπεριλάβετε:

- τον αριθμό ερώτησης,
- το όνομα του μέλους.

7. ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η αίτησή σας και η συμμετοχή σας στο συμβόλαιο γίνονται μέσω της MediHelp International, η οποία είναι ασφαλισμένη από την AWP Health & Life SA, μια ασφαλιστική εταιρεία που διέπεται από τον Γαλλικό Ασφαλιστικό Κώδικα, που στο εξής θα αναφέρεται ως «ο Ασφαλιστής»: Ορισμένες διαχειριστικές πτυχές του συμβολαίου σας παρέχονται από την AWP Hellas Insurance Brokers, της Roadside Assistance and Services Providers S.A (μέρος του Ομίλου Allianz) και της MediHelp Customer Care SRL.

Βεβαιωθείτε ότι όλοι όσοι καλύπτονται από αυτό το ασφαλιστήριο θα διαβάσουν αυτήν τη σύνοψη και τις πλήρεις πολιτικές απορρήτου δεδομένων στον ιστότοπό μας. Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι ποτέ δεν θα μεταβιβάσουμε προσωπικά στοιχεία μελών μας σε τρίτους. Θα χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες σας μόνο με τρόπους που μας επιτρέπεται από τον νόμο, το οποίο σημαίνει ότι θα συλλέγουμε μόνο όσες πληροφορίες χρειαζόμαστε. Θα λαμβάνουμε τη συγκατάθεσή σας για να επεξεργαστούμε πληροφορίες, όπως τις ιατρικές σας πληροφορίες, όταν αυτό είναι απαραίτητο.

Συλλέγουμε πληροφορίες για εσάς και τα μέλη της οικογένειάς σας που καλύπτονται από το πρόγραμμά σας από εσάς, από αυτά τα μέλη της οικογένειας, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τον εργοδότη σας (αν συμμετέχετε σε εταιρικό πρόγραμμα), τον ασφαλιστικό σας διαμεσολαβητή, εάν έχετε, καθώς και τρίτους παρόχους πληροφοριών. Επεξεργαζόμαστε τις πληροφορίες σας κυρίως για τη διαχείριση του συμβολαίου και των αιτημάτων για αποζημίωση σας, καθώς και για να διερευνήσουμε περιστατικά απάτης. Έχουμε επίσης νομική υποχρέωση να υποβάλλουμε αναφορές όπως σχετικά με υποψίες εγκλήματος στις υπηρεσίες επιβολής του νόμου. Τις επεξεργαζόμαστε επίσης επειδή μας βοηθά να διευθύνουμε την επιχείρησή μας, όπως για σκοπούς έρευνας, για να μάθουμε περισσότερα για εσάς, να διεξάγουμε στατιστικές αναλύσεις προκειμένου, για παράδειγμα, να μπορέσουμε να αποφασίσουμε για τα ασφαλιštěρα και τις προωθητικές μας ενέργειες.

Μπορεί να αποκαλύψουμε τις πληροφορίες σας σε άλλα άτομα ή οργανισμούς. Για παράδειγμα, αυτό θα το κάνουμε για τους εξής σκοπούς:

- Να διαχειριστούμε τις αιτήσεις για αποζημίωσή σας, π.χ. να έρθουμε σε συνεννόηση με τους γιατρούς σας
- Να διευκολύνουμε τη χορήγηση των παροχών ή να διαχειριστούμε με άλλον τρόπο το συμβόλαιό σας και
- Να μπορέσουμε να αποτρέψουμε και να ανιχνεύσουμε εγκλήματα και ιατρικά σφάλματα μιλώντας με άλλους ασφαλιστές και σχετικούς φορείς και
- Να δώσουμε σε άλλες εταιρείες της Allianz τη δυνατότητα να επικοινωνήσουν μαζί σας, εφόσον συμφωνήσετε.

Για να μπορέσουμε να διαχειριστούμε το ασφαλιστήριό σας, ενδέχεται να μεταφέρουμε και να έχουμε πρόσβαση στις πληροφορίες σας από χώρες οπουδήποτε στον κόσμο. Πριν το κάνουμε αυτό, θα διασφαλίσουμε ότι τα δεδομένα σας προστατεύονται και αποκαλύπτονται μόνο σε εξουσιοδοτημένα άτομα αποκλειστικά για την εξυπηρέτηση του συμβολαίου ή της αξίωσης αποζημίωσής σας. Οποιαδήποτε εσωτερική μεταφορά των δεδομένων σας θα πραγματοποιηθεί μόνο σύμφωνα με τους σχετικούς νόμους και κανονισμούς προστασίας δεδομένων. Εφόσον η χρήση των πληροφοριών σας πραγματοποιείται με τη συγκατάθεσή σας, μπορείτε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας, αλλά εάν το κάνετε, ενδέχεται να μην είμαστε σε θέση να επεξεργαστούμε αξιώσεις ή να διαχειριστούμε σωστά το πρόγραμμά σας.

Θα σας ενημερώσουμε εάν συμβεί παραβίαση δεδομένων και γνωστοποιηθούν τα προσωπικά και ιατρικά σας στοιχεία σε μη εξουσιοδοτημένα μέρη. Θα ειδοποιηθείτε εντός 72 ωρών από την επιβεβαίωση του συμβάντος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, έχετε το δικαίωμα να μας ζητήσετε να σταματήσουμε την επεξεργασία των πληροφοριών σας ή να μας πείτε ότι δεν θέλετε να λαμβάνετε ορισμένες πληροφορίες από εμάς, όπως επικοινωνίες μάρκετινγκ. Μπορείτε επίσης να μας ζητήσετε ένα αντίγραφο των πληροφοριών που διατηρούμε για εσάς και να μας ζητήσετε να διορθώσουμε τις πληροφορίες που είναι εσφαλμένες.

Εάν θέλετε να ζητήσετε να ασκήσετε κάποιο από τα δικαιώματά σας, απλώς γράψτε μας.

1. Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων [Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679, «GDPR»] που ισχύει από τις 25 Μαΐου 2018, παρέχω ρητά τη συγκατάθεσή μου ώστε ο Ασφαλιστής και η MediHelp να επεξεργαστούν τα ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ, δεδομένα τα οποία είναι απολύτως απαραίτητα για την παροχή της ασφαλιστικής υπηρεσίας που αντιστοιχεί στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο που συνήψα ή, κατά περίπτωση, τα αποτελέσματα της οποίας με αφορούν.

Συμφωνώ (συμφωνούμε) να εξουσιοδοτήσω(-ουμε) τον Ασφαλιστή να διενεργήσει οποιεσδήποτε έρευνες, να ζητήσει έγγραφα από τους θεράποντες ιατρούς, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στην πλήρη αξιολόγηση της υγείας μου (μας). Εξουσιοδοτώ (εξουσιοδοτούμε) οποιονδήποτε ιατρό, νοσοκομείο, πολυκλινική ή οποιαδήποτε άλλη υγειονομική εγκατάσταση που διαθέτει δεδομένα ή πληροφορίες ή/και έγγραφα σχετικά με την υγεία μου (μας) να παρέχει, κατόπιν γραπτού αιτήματος του Ασφαλιστή, πλήρεις πληροφορίες σχετικά με οποιαδήποτε ασθένεια, ατύχημα, θεραπεία, εξέταση, διαβούλευση ή νοσηλεία στην οποία έχω (έχουμε) υποβληθεί.

Σε περίπτωση που προκύψει ένα καλυπτόμενο από την ασφάλιση Συμβάν/Κίνδυνος, εξουσιοδοτώ τον Ασφαλιστή/τη MediHelp να προβεί σε όλες τις ενέργειες για την απόκτηση των απαραίτητων εγγράφων για τον καθορισμό της επέκτασης της υποχρέωσης πληρωμής της Ασφαλιστικής Παροχής, εξαφινώντας από την υποχρέωση επαγγελματικού απορρήτου τόσο τους ιατρούς που με (μας) εξέτασαν/θεράπευσαν, καθώς και κάθε δημόσιο ή ιδιωτικό ίδρυμα που διαθέτει πληροφορίες σχετικά με την υγεία μου (μας) και το ιστορικό της υγείας μου (μας), τόσο κατά τη διάρκεια της ζωής μου (μας) όσο και στη συνέχεια, σε περίπτωση θανάτου, ανεξαρτήτως αιτίας.

Κατανοώ (κατανοούμε) ότι, εάν αρνηθώ (αρνηθούμε) να δώσω (δώσουμε) ρητά τη συγκατάθεσή μου (μας) για την επεξεργασία δεδομένων σχετικά με την υγεία μου (μας), ο Ασφαλιστής δεν θα είναι σε θέση να εκτελέσει την ασφαλιστική σύμβαση στην οποία είμαι (είμαστε) μέρος ή των οποίων τα αποτελέσματα ισχύουν για εμένα (εμάς), συμπεριλαμβανομένης, ενδεικτικά, της πληρωμής αποζημίωσης.

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

2. Παρέχω (παρέχουμε) ρητά τη συγκατάθεσή μου (μας) ώστε ο Ασφαλιστής και η MediHelp να μου (μας) στέλνουν ενημερωτικά δελτία σχετικά με τα προϊόντα και τις υπηρεσίες τους, συμπεριλαμβανομένων βελτιώσεων αυτών, παροχών στα οποία θα μπορούσα (μπορούσαμε) να έχω (έχουμε) πρόσβαση, προωθητικών προσφορών ή ευκαιριών ασφάλισης (ΣΚΟΠΟΣ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ).

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

3. Παρέχω (παρέχουμε) ρητά τη συγκατάθεσή μου (μας) για να λαμβάνω (λαμβάνουμε) ηλεκτρονική αλληλογραφία χρησιμοποιώντας τα στοιχεία επικοινωνίας μου (μας) που δίνονται στο παρόν έντυπο, για το κλείσιμο της σύμβασης ή/και την εκτέλεσή της, την αποστολή υπενθυμίσεων τιμολογίων, ενώ αυτού του είδους η αλληλογραφία θα θεωρείται ότι παράγει τα ίδια αποτελέσματα με την έγγραφη αλληλογραφία.

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

8. ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

α. Δηλώνω ότι:

- Εξ όσων γνωρίζω και πιστεύω, οι δηλώσεις στο παρόν έντυπο αίτησης είναι πλήρεις, αληθείς και σωστές.
- Θα διαβάσω τους Γενικούς Όρους, τις Προϋποθέσεις και τη Σύμβαση όταν τα λάβω και συμφωνώ να δεσμεύομαι από αυτήν, εκτός εάν ακυρώσω την εγγραφή εντός 30 ημερών από την αποδοχή της αίτησής μου.

β. Συμφωνώ ότι η αποδοχή της αίτησής μου πραγματοποιείται με βάση αυτές τις δηλώσεις.

γ. Κατανοώ ότι εάν υπάρξουν αλλαγές στις πληροφορίες που έχω δώσει πριν από την ημερομηνία έναρξης του ασφαλιστηρίου μου/μας, πρέπει να σας ενημερώσω εγγράφως άμεσα.

δ. Κατανοώ ότι μόλις ξεκινήσει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, δεν θα πληρώσετε για τη θεραπεία οποιασδήποτε ιατρικής πάθησης (ή σχετικής ιατρικής πάθησης) την οποία είχαν ήδη τα μέλη όταν εντάχθηκαν, εκτός εάν έχει γνωστοποιηθεί πλήρως σε αυτήν την αίτηση και γίνει αποδεκτή από εσάς. Σε αυτό περιλαμβάνεται οποιαδήποτε ιατρική πάθηση ή συμπτώματα, είτε υπόκεινται σε θεραπεία είτε όχι, και οποιαδήποτε προηγούμενη ιατρική πάθηση που υποτροπιάζει, ή για τα οποία θα έπρεπε εύλογα να γνωρίζω ακόμα κι αν δεν είχα συμβουλευτεί γιατρό.

ε. Κατανοώ ότι ως ο νόμιμος κάτοχος αυτού του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, όλη η αλληλογραφία σχετικά με αυτήν την αίτηση, συμπεριλαμβανομένης της αλληλογραφίας σχετικά με αξιώσεις, θα αποστέλλεται σε εμένα, εκτός εάν σας ενημερώσω εγγράφως διαφορετικά. Κατανοώ επίσης ότι τα έγγραφα του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, οι γραπτές ανακοινώσεις και τα στοιχεία για την εγγραφή μου θα εκδίδονται στα Αγγλικά/Ελληνικά.

στ. Κατανοώ ότι ορισμένες χώρες απαιτούν από τους πολίτες τους, είτε είναι ομογενείς είτε μη, να αποκτούν ιατροφαρμακευτική κάλυψη μέσω τοπικού

παρόχου ή να έχουν κάλυψη που πληροί ορισμένες υποχρεωτικές απαιτήσεις και ότι η κάλυψη που παρέχεται από εσάς ενδέχεται να μην πληροί αυτές τις ειδικές απαιτήσεις της χώρας και, επομένως, μπορεί να χρειαστεί πρόσθετη κάλυψη. Κατανοώ περαιτέρω ότι σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υπάρξουν συνέπειες με τη μορφή φορολογικών κυρώσεων ή άλλως όταν ένας πολίτης δεν διαθέτει την απαιτούμενη τοπική κάλυψη επιπλέον του διεθνούς ασφαλιστηρίου συμβολαίου ιατρικής ασφάλισης. Εάν έχω οποιοδήποτε ανησυχίες σχετικά με τυχόν πρόσθετες απαιτήσεις κάλυψης στην κύρια χώρα διαμονής μου (όπως ορίζεται στο σημείο 1 Σχετικά με τον κάτοχο του ασφαλιστηρίου), κατανοώ ότι θα είναι δική μου ευθύνη να ελέγξω με τις τοπικές αρχές για να διαπιστώσω εάν υπάρχουν περαιτέρω απαιτήσεις υγειονομικής περίθαλψης με τις οποίες αναμένεται να συμμορφωθώ.

ζ. Υπογράφοντας και επιστρέφοντας το παρόν έντυπο:

- Επιβεβαιώνω ότι οι δηλώσεις που αναφέρονται σε αυτήν την αίτηση είναι σωστές και ότι έχω την εξουσία να καταχωρίσω το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο για λογαριασμό οποιουδήποτε μέλους της οικογένειάς μου.

- Κατανοώ ότι ο μεσίτης, ο πράκτορας, ο αντιπρόσωπος ή τα άτομα που ενεργούν για λογαριασμό μου (μας) και τα οποία θα πάρουν την παρούσα αίτηση από εμένα (εμάς) είναι ανεξάρτητος εκπρόσωπος και ενεργεί για λογαριασμό μου και όχι ο διαχειριστής του Προγράμματος ή ο Ασφαλιστής που προσφέρει την ασφάλιση αυτή. Ούτε ο Διαχειριστής του Προγράμματος ούτε ο Ασφαλιστής που προσφέρει την παρούσα ασφάλιση δεν μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνοι για οποιαδήποτε κατάσταση, εάν ο μεσίτης, ο πράκτορας, ο αντιπρόσωπος ή τα άτομα που ενεργούν για λογαριασμό μου (μας), τα οποία θα πάρουν την παρούσα αίτηση, δεν διαβιβάσουν ή κοινοποιήσουν τώρα ή στο μέλλον οποιαδήποτε τεκμηρίωση ή δεν τροποποιήσουν ή παραιτηθούν από οποιοδήποτε τμήμα αυτής της αίτησης ή κάλυψης, τους περιορισμούς, τους όρους που περιέχονται στους Γενικούς Όρους και Προϋποθέσεις και στη Σύμβαση ή οποιαδήποτε πληροφορία ζητείται από τον διαχειριστή του Προγράμματος ή τον Ασφαλιστή.

Λάβετε υπόψη ότι: Σας συμβουλευόμαστε να κρατάτε αρχείο με όλες τις πληροφορίες που παρέχονται σε σχέση με την παρούσα αίτηση, συμπεριλαμβανομένων τυχόν επιστολών που μας στέλνετε σε σχέση με αυτήν. Εάν θέλετε ένα αντίγραφο αυτής της αίτησης, ενημερώστε μας εντός 90 (ενενήντα) ημερών. Αφού συμπληρώσετε το παρόν έντυπο αίτησης και υπογράψετε τη Δήλωση, επιστρέψτε τα στη διεύθυνση: client@medihelp.ro. Η δήλωση ισχύει για 30 (τριάντα) ημέρες από την ημερομηνία υπογραφής. **Θα γνωστοποιήσω στην Εταιρεία οποιαδήποτε αλλαγή στην υγεία ή/και στην ιατρική συμβουλή και/ή σε ουσιαστικά γεγονότα όλων των αιτούντων που θα επέλθει μετά την υπογραφή αυτής της αίτησης αλλά πριν από την έκδοση του ασφαλιστηρίου. Εάν ένα ουσιαστικό γεγονός δεν αποκαλυφθεί στην παρούσα Αίτηση, κατανοώ ότι οποιοδήποτε ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα εκδοθεί μπορεί να μην είναι έγκυρο.**

Αναγνωρίζω και επιβεβαιώνω ότι:

- Είμαι πλήρως ικανοποιημένος με τις πληροφορίες που δηλώνονται σε αυτήν την Αίτηση και περιλαμβάνουν τις πληροφορίες που έχω παράσχει.
- Έλαβα αντίγραφο των Γενικών Όρων και Προϋποθέσεων και του Εγγράφου Πληροφοριών του Προϊόντος.
- Είχα την ευκαιρία να διαβάσω τους Γενικούς Όρους και τις Προϋποθέσεις και το Έγγραφο Πληροφοριών του Προϊόντος, να διατυπώσω ερωτήσεις και να ζητήσω διευκρινίσεις σε σχέση με αυτούς τους Γενικούς Όρους και Προϋποθέσεις και το Έγγραφο Πληροφοριών του Προϊόντος (οι οποίες απαντήθηκαν όλες από τον Ασφαλιστή σε ικανοποιητικό τρόπο).
- Κατανοώ τους Γενικούς Όρους και Προϋποθέσεις και το Έγγραφο Πληροφοριών του Προϊόντος.
- Συμφωνώ με αυτά.

ΟΝΟΜΑ ΚΑΤΟΧΟΥ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΤΟΧΟΥ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ

ΟΝΟΜΑ ΜΕΣΑΖΟΝΤΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΜΕΣΑΖΟΝΤΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΜΕΣΑΖΟΝΤΑ