

ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΟΜΑΔΙΚΟΥ (ΕΤΑΙΡΙΚΟΥ) ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

ΕΑΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΑ, ΓΡΑΦΕΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΝΤΟΥ.

1. ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΣΑΣ

Μπορείτε να επιλέξετε να έχετε διαφορετικά επίπεδα κάλυψης, με πρόσθετες επιλογές και επίπεδα απαλλαγής για κάθε υπάλληλο με βάση την ιεραρχική δομή της εταιρείας. Παρακαλούμε αναφέρετε παρακάτω ΟΛΕΣ τις επιλογές που θα ισχύουν για αυτό το ομαδικό (εταιρικό) ασφαλιστήριο συμβόλαιο και χρησιμοποιήστε το «Δελτίο εγγραφής εταιρικού μέλους» για να υποδείξετε συγκεκριμένα επίπεδα ή επιλογές για κάθε μέλος.

ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΕΙ Η ΚΑΛΥΨΗ ΣΑΣ; (ηη/μμ/εεεε)

ΠΟΣΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΚΑΛΥΠΤΟΝΤΑΙ ΑΡΧΙΚΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ;

Μόλις τεθεί σε ισχύ το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, μπορείτε να προσθέσετε επιπλέον μέλη ανά πάσα στιγμή συμπληρώνοντας ένα νέο «Φύλλο εγγραφής εταιρικού μέλους*».

ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΚΑΛΥΨΗ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ;

Εάν χρειάζεστε διαφορετικά επίπεδα κάλυψης για διαφορετικές κατηγορίες εργαζομένων/μελών, επιλέξτε τα πλαίσια που ισχύουν και χρησιμοποιήστε το «Φύλλο εγγραφής εταιρικού μέλους*» για να αναφέρετε λεπτομέρειες για κάθε κατηγορία εργαζομένων/μελών. Συμπληρώστε την **Ενότητα 2.5** και ενημερώστε τις απαιτήσεις καταλληλότητας για αυτήν την ομάδα.

Επιλέξτε τον τύπο του προγράμματος και σημειώστε (✓) στο σχετικό πλαίσιο:

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 ενδοοικογενειακές παροχές, ανά άτομο, ανά έτος συμβολαίου:

ΜΗΔΕΝ

☐

€150

☐

€300

☐

€625

☐

€1250

☐

€2500

☐

€6250

☐

ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΛΥΨΗΣ:

ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΕΞΑΙΡΟΥΜΕΝΟΝ ΤΟΝ Η.Π.Α.

☐

ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ

☐

Τα ασφάλιστρά σας είναι πληρωτέα σε Ευρώ (€).

2. ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΘΑ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ

Είδος αξιολόγησης ιατρικού ιστορικού

ΕΙΔΟΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ	ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΕΝΤΥΠΑ
Ιατρικό ιστορικό που αγνοήθηκε (MHD) από 20 εργαζόμενους	- Φύλλο εγγραφής εταιρικού μέλους* - Έντυπο Αίτησης FMU για Μέλη ηλικίας 65 ετών και άνω
Πλήρης αξιολόγηση ιατρικού ιστορικού: Από 3 έως 19 εργαζόμενοι	- Φύλλο εγγραφής εταιρικού μέλους* - Έντυπο Αίτησης FMU για όλα τα μέλη
Συνεχείς Προσωπικές Ιατρικές Εξαιρέσεις (CPME) Από 3 έως 19 εργαζόμενοι, εάν αλλάξετε από άλλη ασφαλιστική εταιρεία για την ανάληψη της κάλυψης	- Φύλλο εγγραφής εταιρικού μέλους* - Έντυπο αίτησης αλλαγής για μέλη ηλικίας κάτω των 65 ετών - Πλήρες Έντυπο Αίτησης για Μέλη ηλικίας 65 ετών και άνω - Πιστοποιητικό Εγγραφής που εκδίδεται από τον τρέχοντα ασφαλιστή σας
*Αυτή είναι μια λίστα απογραφής μελών με προσωπικά στοιχεία των επιλέξιμων εργαζομένων και των εξαρτώμενων μελών τους (εάν υπάρχουν) που καλύπτονται από το ασφαλιστήριο.	

Υπάρχουν χώρες που απαιτούν από τους κατοίκους, είτε είναι ομογενείς είτε μη, να λαμβάνουν υγειονομική κάλυψη μέσω τοπικού παρόχου ή να έχουν κάλυψη που πληροί ορισμένες υποχρεωτικές απαιτήσεις. Αυτή η κάλυψη που προσφέρεται από εμάς ενδέχεται να μην πληροί αυτές τις ειδικές απαιτήσεις για τη χώρα και ως εκ τούτου ενδέχεται να απαιτείται πρόσθετη κάλυψη. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υπάρξουν συνέπειες με τη μορφή φορολογικών κυρώσεων όταν ένας πολίτης δεν διαθέτει την απαιτούμενη τοπική κάλυψη επιπλέον του διεθνούς ασφαλιστηρίου συμβολαίου ιατρικής ασφάλισης. Είναι υποχρέωσή σας να διασφαλίσετε ότι καθένας από τους εργαζομένους σας και τα μέλη της οικογένειάς τους έχουν την κάλυψη που απαιτείται από την κύρια χώρα διαμονής τους (όπως ορίζεται στην ενότητα **3 Σχετικά με την Εταιρεία**).

Κατά τη συμπλήρωση του παρόντος εντύπου αίτησης

- Το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρωθεί και να υπογραφεί από τον Γραμματέα της Ομάδας που είναι εξουσιοδοτημένος από την Εταιρεία να συνάψει την παρούσα σύμβαση για την παροχή ιδιωτικής ιατρικής ασφάλισης.
- Εάν ο διαμεσολαβητής ή ο ασφαλιστικός μεσίτης ή ασφαλιστικός πράκτορας σας πρόκειται να συμπληρώσει αυτό το έντυπο εκ μέρους σας χρησιμοποιώντας τις πληροφορίες που έχετε παράσχει, πρέπει να διαβάσετε τις ερωτήσεις και να απαντήσετε προσεκτικά πριν υπογράψετε την Ενότητα **7 Δήλωση Εταιρείας** στο τέλος. Ο διαμεσολαβητής ή ο ασφαλιστικός σας μεσίτης ή πράκτορας ενεργεί για λογαριασμό σας ως προς αυτό.

Μόλις ολοκληρώσετε την Αίτησή σας

- Ελέγξτε τα στοιχεία σας προσεκτικά και βεβαιωθείτε ότι έχετε υπογράψει και έχετε βάλει ημερομηνία στην Ενότητα **7 Δήλωση Εταιρείας**.
- Επιστρέψτε τα συμπληρωμένα έντυπα στον μεσάζοντα ή στον ασφαλιστικό σας μεσίτη.
- Θα σας συμβουλευάμε να κρατάτε αρχείο με όλες τις πληροφορίες που παρέχονται σε σχέση με αυτήν την Αίτηση, συμπεριλαμβανομένης οποιασδήποτε αλληλογραφίας που μας στέλνετε. Μπορούμε να σας αποστείλουμε αντίγραφο της παρούσας Αίτησης, εφόσον μας ενημερώσετε εντός τριών μηνών.

Ορισμοί λέξεων και φράσεων

- Μερικές από τις λέξεις και τις φράσεις που χρησιμοποιούμε σε αυτό το έντυπο έχουν συγκεκριμένη σημασία, για παράδειγμα όταν μιλάμε για θεραπεία.
- «Εσείς» - Όταν χρησιμοποιούμε τη λέξη «εσάς», εννοούμε τον Γραμματέα του Ομίλου, τον εργαζόμενο και τυχόν μέλη της οικογένειας που καλύπτονται από το ασφαλιστήριό σας.
- «Εμείς» - Όταν χρησιμοποιούμε τη λέξη «εμείς», εννοούμε την AWP Health & Life, MediHelp International Broker de Asigurare.

3. ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΠΛΗΡΗΣ ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΕΔΡΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Δώστε τα πλήρη στοιχεία της διεύθυνσης, συμπεριλαμβανομένου του ταχυδρομικού κώδικα και της χώρας (κατά περίπτωση)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ / Α.Φ.Μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ)

Στη διεύθυνση αυτή θα στέλνουμε την αλληλογραφία. Δώστε τα πλήρη στοιχεία της διεύθυνσης, συμπεριλαμβανομένου του ταχυδρομικού κώδικα και της χώρας (κατά περίπτωση).

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣ ΚΑΛΥΨΗ

ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΛΥΨΗΣ:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ / ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ) (Π.Χ. ΑΝΩΤΕΡΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ, ΚΛΠ.)	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΛΥΨΗΣ	ΑΠΑΛΛΑΓΗ	ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ (ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ + ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ) ΝΑΙ/ΟΧΙ ΙΣΧΥΕΙ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ADMIRAL, ROYAL
				ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
				ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
				ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
				ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ ΤΟΥ ΟΜΑΔΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ

Παρέχετε τα στοιχεία επικοινωνίας όπου μπορούμε να επικοινωνήσουμε μαζί σας. Συμπεριλάβετε κωδικούς χώρας και περιοχής, κατά περίπτωση.

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

EMAIL

Η ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΑ ΑΝΑΚΤΗΣΕΙ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ Ή ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΜΕΡΟΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ;

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, Η ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΑ ΑΝΑΚΤΗΣΕΙ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ Ή ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΜΕΡΟΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ:

☐ ΤΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΘΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

 ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

 ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ** ΜΗΝΑΣ(ΕΣ) ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
 ** Σημειώστε τους μήνες υπηρεσίας που πρέπει να συμπληρώσει ο εργαζόμενος

ΜΕΤΑΒΑΙΝΕΤΕ ΣΤΑ ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ MEDIHELP ΑΠΟ ΕΝΑ ΥΠΑΡΧΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ;

☐ ΟΧΙ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΟ 5 ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

☐ ΝΑΙ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΟ 4 ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΟΜΑΔΙΚΟ (ΕΤΑΙΡΙΚΟ) ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΣΑΣ

4. ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΟΜΑΔΙΚΟ (ΕΤΑΙΡΙΚΟ) ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΣΑΣ

ΟΝΟΜΑ ΤΡΕΧΟΥΣΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΤΡΕΧΟΝΤΟΣ ΟΜΑΔΙΚΟΥ (ΕΤΑΙΡΙΚΟΥ) ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΑΣ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΛΛΑΞΕΙ ΑΝ ΕΧΕΙ ΗΔΗ ΛΗΞΕΙ

ΑΡΧΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ (ηη/μμ/εεεε)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ (ηη/μμ/εεεε)

Για λόγους τήρησης αρχείου και ελέγχου, επισυνάψτε ένα αντίγραφο του 3ετούς Ιστορικού Αξιώσεων Αιτημάτων Αποζημιώσεων σας, τον τελευταίο (τρέχοντα) Πίνακα Παροχών και αντίγραφο τυχόν πιστοποιητικών μέλους/ασφάλισης (εάν υπάρχουν).

(ηη/μμ/εεεε)

Ο Γραμματέας του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου/Εξουσιοδοτημένος
Υπογράφων συμφωνεί με τη μεταφορά από

- α. την υφιστάμενη επιλογή προγράμματος σύμφωνα με τους 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 αποζημιώσεων που προηγήθηκαν αυτής της αλλαγής και αντικατάστασης θα αποτελούν τη βάση αυτής της σύμβασης μεταξύ της Ομάδας και του **Ασφαλιστή, AWP Health & Life**.
- γ. Ο Γραμματέας του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου/Εξουσιοδοτημένος Υπογράφων συμφωνεί ότι θα διαβάσει και θα κατανοήσει το **Έγγραφο Πληροφοριών για το Προϊόν (PID)** και τους **Γενικούς Όρους και Προϋποθέσεις** και τις λεπτομέρειες που σχετίζονται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

5. ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Για το **Στυλ αξιολόγησης που δεν λαμβάνεται υπόψη το ιατρικό ιστορικό (MHD)**, απαντήστε στην παρακάτω δήλωση **5.1** και **5.2**. < Πηγαίνετε στο **6 Επιλογές πληρωμής**.

Σημείωση: Τα μέλη ηλικίας 65 ετών και άνω πρέπει να συμπληρώσουν ατομικά το έντυπο αίτησης FMU.

Για το **στυλ Πλήρης αξιολόγησης ιατρικού ιστορικού (FMU)** < Παρακαλούμε μεταβείτε στο **6 Επιλογές πληρωμής**.

Σημείωση: Τα μέλη των ομάδων 3 έως 19 εργαζομένων απαιτείται να συμπληρώσουν ξεχωριστά το Έντυπο Αίτησης FMU.

Για το **στυλ αξιολόγησης ιατρικού ιστορικού Συνεχιζόμενη προσωπική ιατρική εξαίρεση (CPME)** Πηγαίνετε στο **6 Επιλογές πληρωμής**.

Σημείωση: Τα μέλη των ομάδων 3 έως 19 απαιτείται να συμπληρώσουν ατομικά το Έντυπο Αίτησης Switch (CPME).

Πρέπει να επιδείξετε εύλογη προσοχή ώστε να δώσετε ακριβείς και πλήρεις απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις.

Εάν δεν επιδείξετε εύλογη προσοχή και οι πληροφορίες που παρέχετε είναι ανακριβείς ή ελλιπείς, τότε ανάλογα με τις περιστάσεις, ενδέχεται να προβούμε σε μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες ενέργειες:

- Να ακυρώσουμε το συμβόλαιό σας
- Να κηρύξουμε το συμβόλαιό σας άκυρο (θεωρώντας το σαν να μην υπήρξε ποτέ)
- Να επιβάλουμε διαφορετικούς όρους στην κάλυψή σας - ή
- Να αρνηθούμε να ασχοληθούμε με το σύνολο ή μέρος οποιασδήποτε αξίωσης ή να μειώσουμε το ποσό των πληρωμών αποζημιώσεων.

Ενδέχεται να σας ζητήσουμε να παράσχετε περαιτέρω πληροφορίες ή/και έγγραφα για να διασφαλίσουμε ότι οι πληροφορίες που δώσατε κατά τη σύναψη, τις αλλαγές ή την ανανέωση του ασφαλιστηρίου σας ήταν ακριβείς και πλήρεις.

Παρακαλούμε να μην υποθέσετε ότι θα προβούμε σε οποιαδήποτε έρευνα, θα ελέγξουμε τα αρχεία μας ή θα επικοινωνήσουμε με οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο για να ελέγξουμε τις απαντήσεις σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις του παρόντος Εντύπου Αίτησης Ομαδικής (Εταιρικής) Ασφάλισης ή οποιοσδήποτε από τις πληροφορίες που είχατε παράσχει ως απάντηση σε αυτές τις ερωτήσεις. Παραμένει δική σας ευθύνη να συμπληρώσετε το Έντυπο Αίτησης Ομαδικής (Εταιρικής) Ασφάλισης και να ελέγξετε ότι οι πληροφορίες που περιέχονται σε αυτό το έντυπο είναι ακριβείς και πλήρεις.

Λάβετε υπόψη ότι: Με τον όρο θεραπεία εννοούμε τις χειρουργικές ή ιατρικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων που συνταγογραφούνται από ιατρό, ειδικό) που απαιτούνται για τη διάγνωση, την ανακούφιση ή τη θεραπεία μιας ασθένειας, νόσου ή τραυματισμού.

5.1. Εξ όσων γνωρίζετε, έχει κάποιο προς ένταξη μέλος διαγνωστεί ή έχει λάβει οποιαδήποτε μορφής θεραπεία/σύσταση για οποιαδήποτε μορφή καρδιακής πάθησης ή προβλημάτων, νεφρικής νόσου, χρόνιων αναπνευστικών προβλημάτων ή καρκίνου κατά τα τελευταία πέντε χρόνια;

☐ ΟΧΙ
ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 5.2

☐ ΝΑΙ
ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΔΩΣΕΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΤΗ ΣΕΛΙΔΑ 7

5.2. Εξ όσων γνωρίζετε, έχει κάποιο μέλος που πρόκειται να συμπεριληφθεί στο παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο οποιαδήποτε πάθηση που είναι πιθανό να οδηγήσει σε νοσηλεία σε νοσοκομείο;

☐ ΟΧΙ
ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ ΣΤΟ 6 ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

☐ ΝΑΙ
ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΔΩΣΕΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΤΗ ΣΕΛΙΔΑ 7

6. ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

ΠΩΣ ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΣΑΣ;

ΜΕ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟ ΕΜΒΑΣΜΑ:

☐

ΕΤΗΣΙΑ

☐

ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΑ

☐

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ

ΘΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΟΥΜΕ ΜΑΖΙ ΣΑΣ ΓΙΑ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

7. ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά τη **Δήλωση απορρήτου** και τις ακόλουθες δηλώσεις και υπογράψτε παρακάτω μόνο εάν τις κατανοείτε και τις αποδέχεστε.

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Υπογράφοντας και επιστρέφοντας το παρόν έντυπο δηλώνετε ότι έχετε εξουσιοδότηση να δώσετε τη συγκατάθεσή σας εκ μέρους των εργαζομένων σας, τυχόν μελών της οικογένειάς σας που καλύπτονται από το συμβόλαιό σας και, εκ μέρους σας και εκ μέρους τους, συναινείτε στη χρήση των προσωπικών πληροφοριών όπως ορίζεται στην παρακάτω Δήλωση απορρήτου. Ο Γραμματέας της Ομάδας δίνει τη συγκατάθεσή του να λάβει τη γραπτή συμφωνία κάθε δυνητικού ασφαλισμένου προκειμένου να επεξεργαστεί τα δεδομένα υγείας του και να φυλάξει και να παραδώσει, κατόπιν αιτήματος του Ασφαλιστή/της MediHelp, εντός 2 εργάσιμων ημερών, τα έγγραφα που αφορούν την Ενημέρωση σχετικά με την προστασία και την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων και τη συγκατάθεση του ασφαλισμένου για την επεξεργασία των δεδομένων υγείας.

Προσωπικές πληροφορίες των εργαζομένων σας

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 διοικητικές πτυχές του συμβολαίου σας τελούν υπό τη διαχείριση της 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 πουλήσουμε 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 μεσίτη, εάν έχετε, καθώς και τρίτους παρόχους πληροφοριών. Επεξεργαζόμαστε τις πληροφορίες σας κυρίως για τη διαχείριση του συμβολαίου και των αξιώσεών 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 ασφάλιστρα 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 αξιώσεις σας για αποζημίωση, 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.

ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

α) Η Αιτούσα Εταιρεία (εφεξής «η Εταιρεία») δηλώνει ότι:

- Εξ όσων γνωρίζει και πιστεύει, οι δηλώσεις στο παρόν έντυπο αίτησης είναι πλήρεις, αληθείς και σωστές.
- Ο Γραμματέας της Ομάδας θα διαβάσει τους **Γενικούς Όρους και τις Προϋποθέσεις** όταν τα λάβει και ότι η Εταιρεία συμφωνεί να δεσμεύεται από αυτήν, εκτός εάν ακυρώσει την εγγραφή εντός 30 ημερών από την αποδοχή της αίτησής της.

Η Εταιρεία συμφωνεί ότι η αποδοχή της παρούσας αίτησης πραγματοποιείται με βάση αυτές τις δηλώσεις.

β) Η Εταιρεία κατανοεί ότι εάν υπάρξουν αλλαγές στις πληροφορίες που δόθηκαν πριν από την ημερομηνία έναρξης του παρόντος ασφαλιστηρίου, πρέπει να σας ενημερώσει εγγράφως άμεσα.

γ) Εάν η Εταιρεία μεταπηδά από υφιστάμενο εταιρικό (ομαδικό) ασφαλιστήριο συμβόλαιο (Continued Personal Medical Exclusions CPME):

- Η Εταιρεία κατανοεί ότι μπορούμε να αποδεχθούμε οποιουδήποτε όρους αξιολόγησης ιατρικού ιστορικού που εφαρμόζει ο σημερινός ασφαλιστής μας και διατηρεί το δικαίωμα να επιβάλει πρόσθετους όρους στους τωρινούς ασφαλισμένους ή εξαρτώμενα μέλη που επίσης μεταφέρονται.
- Η Εταιρεία κατανοεί επίσης ότι θα εφαρμόσουμε, ωστόσο, τους δικούς μας κανόνες, συμπεριλαμβανομένων των γενικών μας εξαιρέσεων και περιορισμών, σε όλες τις μελλοντικές αξιώσεις.
- Η Εταιρεία με το παρόν δεσμεύεται να παρέχει τα τρέχοντα πιστοποιητικά εγγραφής και να επισυνάψει πρωτότυπα αντίγραφα των υφιστάμενων πιστοποιητικών ασφάλισης.

δ) Η Εταιρεία κατανοεί 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 στον Γραμματέα του Ομίλου, εκτός εάν η Εταιρεία μας ενημερώσει εγγράφως διαφορετικά. Η Εταιρεία κατανοεί επίσης ότι τα έγγραφα του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, οι γραπτές ανακοινώσεις και τα στοιχεία για την εγγραφή θα εκδίδονται στα Αγγλικά/Ελληνικά.

ε) Η Εταιρεία αναγνωρίζει 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 εμάς ενδέχεται να μην πληροί αυτές τις ειδικές απαιτήσεις της χώρας και, επομένως, μπορεί να χρειαστεί πρόσθετη κάλυψη. Η Εταιρεία αναγνωρίζει 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. Η Εταιρεία συμφωνεί ότι θα είναι υποχρεωσή της να διασφαλίσει ότι καθένας από τους εργαζομένους της και τα μέλη της οικογένειάς τους έχουν την κάλυψη που απαιτείται από την κύρια χώρα διαμονής τους (όπως ορίζεται στην ενότητα **3 Σχετικά με την Εταιρεία**). Η Εταιρεία κατανοεί ότι θα είναι δική της ευθύνη να ελέγξει με τις τοπικές αρχές για να καθορίσει εάν υπάρχουν περαιτέρω απαιτήσεις υγειονομικής περίθαλψης με τις οποίες αναμένεται να συμμορφωθούν.

στ) Η Εταιρεία κατανοεί ότι ο μεσίτης, ο πράκτορας, ο αντιπρόσωπος ή τα άτομα που ενεργούν για λογαριασμό μας και τα οποία θα πάρουν την παρούσα αίτηση από εμάς είναι ανεξάρτητος εκπρόσωπος και ενεργεί για λογαριασμό μας 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 περίπτωση, εάν ο μεσίτης, ο πράκτορας, ο αντιπρόσωπος ή τα άτομα που ενεργούν για λογαριασμό 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.

ζ) Υπογράφοντας και επιστρέφοντας αυτό το έντυπο, ο Γραμματέας της Ομάδας εγγυάται ότι έχει την εξουσία να συμπληρώσει αυτήν την αίτηση για λογαριασμό της Εταιρείας.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ ΟΜΙΛΟΥ

(Το παρόν έντυπο πρέπει να φέρει χειρόγραφη υπογραφή. Δεχόμαστε ηλεκτρονικές υπογραφές.)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ (ηη/μμ/εεεε)

Ο Γραμματέας της Ομάδας πρέπει να είναι εξουσιοδοτημένος να υπογράψει για λογαριασμό της εταιρείας

ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΘΕΣΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ ΟΜΑΔΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ

ΟΝΟΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΠΡΑΚΤΟΡΑ/ ΜΕΣΙΤΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΑΣΦΑΛ. ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

8. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 5.1 ΚΑΙ 5.2)

Στις απαντήσεις σας, συμπεριλάβετε:

- τον αριθμό ερώτησης,
- το όνομα του μέλους.