



Αρ. Πρότασης _____ Κωδ. Συνεργάτη _____

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ PRIME MED PLUS

Εκδ.: 07/09/17

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΛΗΠΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ)

Επίθετο _____ Όνομα _____ Πατρώνυμο _____
 Ημ/νια Γέννησης _____ Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
 Αρ. Ταυτότητας _____ Α.Φ.Μ. _____ Δ.Ο.Υ. _____
 Αρ. Διαβατηρίου _____ Εκδούσα Αρχή _____ Υψηκότητα _____
 Κύριο Επάγγελμα _____ Περιγραφή Ειδικότητας _____ Σχέση με Ασφαλισμένο _____
 Ταμείο Κοιν. Ασφάλισης _____ Βιβλιάριο Ασθενείας: Ναι Όχι ΑΜΚΑ _____
 Διεύθυνση Κατοικίας _____ Τ.Κ./Πόλη _____
 Διεύθυνση Εργασίας _____ Τ.Κ./Πόλη _____ Τηλ.Εργασίας _____
 Σταθερό Τηλέφωνο _____ Κινητό Τηλέφωνο _____ Email _____
 Διεύθυνση Επικοινωνίας Κατοικίας Εργασίας

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Επίθετο _____ Όνομα _____ Πατρώνυμο _____
 Ημ/νια Γέννησης _____ Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
 Αρ. Ταυτότητας _____ Α.Φ.Μ. _____ Δ.Ο.Υ. _____
 Αρ. Διαβατηρίου _____ Εκδούσα Αρχή _____ Υψηκότητα _____
 Κύριο Επάγγελμα _____ Περιγραφή Ειδικότητας _____
 Ταμείο Κοιν. Ασφάλισης _____ Βιβλιάριο Ασθενείας: Ναι Όχι ΑΜΚΑ _____
 Διεύθυνση Κατοικίας _____ Τ.Κ./Πόλη _____
 Διεύθυνση Εργασίας _____ Τ.Κ./Πόλη _____ Τηλ.Εργασίας _____
 Σταθερό Τηλέφωνο _____ Κινητό Τηλέφωνο _____ Email _____
 Διεύθυνση Επικοινωνίας Κατοικίας Εργασίας

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ (προς ασφάλιση)

Επίθετο	Όνομα	Πατρώνυμο	Ημ. Γέννησης	Επάγγελμα	Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο	ΑΜΚΑ	Αριθμός Ταυτότητας

4. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ – ΠΛΗΡΩΜΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Συχνότητα Πληρωμής: Ετησίως

Μέθοδος Είσπραξης Ασφαλιστρών:

On-Line Πληρωμή Ασφαλιστρών με χρήση Πιστωτικής/Χρεωστικής Κάρτας στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.primeins.gr/payment (Δυνατότητα άτοκων δόσεων ισχύει μόνο για πληρωμή με χρήση Πιστωτικής Κάρτας)

Με άλλο τρόπο. Θα σας γνωστοποιηθούν με την Έκδοση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου

Σε σχέση με την υπό σύναψη Ασφαλιστική Σύμβαση με την Εταιρία μας, σας παρέχονται οι παρακάτω πληροφορίες:

1. Η πλήρης επωνυμία της συμβαλλόμενης Ασφαλιστικής Επιχείρησης είναι PRIME INSURANCE CO. LTD, Κυπριακή Ασφαλιστική Εταιρία, Υποκατάστημα Ελλάδας
2. Η έδρα της Ασφαλιστικής Εταιρίας βρίσκεται στην Κύπρο, Γωνία Διγενή Ακρίτα 55 & Ολυμπίας, στη Λευκωσία. Τα Κεντρικά Γραφεία του Υποκαταστήματος Ελλάδας βρίσκονται στο Χαλάνδρι, Λ. Μεσογείων 299 & Αιτωλίας 2.
3. Εφαρμοστέο Δίκαιο που διέπει την Ασφαλιστική Σύμβαση θα είναι το Ελληνικό.
4. Μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα, η Ασφαλιστική Εταιρία θα απαντά εγγράφως σε κάθε πρόβλημα ή παρατήρησή σας, για το οποίο η έγγραφη γνωστοποίηση και επικοινωνία θα κρίνεται απαραίτητη. Σε κάθε άλλη περίπτωση θα ικανοποιεί το ταχύτερο δυνατό κάθε αίτημά σας που κρίνεται εύλογο.

Προς την PRIME INSURANCE CO. LTD, Κυπριακή Ασφαλιστική Εταιρία, Υποκατάστημα Ελλάδος

Λ. Μεσογείων 299 @ Αιτωλίας 2, 152 31, Χαλάνδρι | Τηλ. 212 212 7800 | Fax 212 212 7899

e-mail info@primeins.gr | web site www.primeins.gr

Υπεύθυνος Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων: Μαργαρίτα Γεωργακάκου

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ - ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Δηλώνω ότι τα στοιχεία που έδωσα στην παρούσα και με αφορούν είναι αληθινά, πλήρη και χωρίς παραλείψεις. Συμφωνώ ότι τα στοιχεία αυτά, μαζί με τις ιατρικές εξετάσεις που πιθανόν να γίνουν, θα αποτελέσουν τη βάση της προτεινόμενης ασφάλισης. Η παρούσα υπέχει θέση αμετάκλητης εξουσιοδότησης προς οποιονδήποτε ιατρό, νοσοκομείο, διαγνωστικό κέντρο, ασφαλιστική εταιρία, ίδρυμα ή πρόσωπο, που έχει αποδείξει ή γνωρίζει κάτι για μένα ή για την υγεία μου, να δώσει στην PRIME INSURANCE CO. LTD, οποιαδήποτε πληροφορία η τελευταία κρίνει αναγκαία αποκλειστικά για τους παρακάτω λόγους: (α) την αξιολόγηση της παρούσας αίτησης ασφάλισης, (β) την καθ' οιονδήποτε χρονική στιγμή διαπίστωση της αλήθειας των προσυμβατικών μου δηλώσεων και (γ) για την περίπτωση κατά την οποία έχει υποβληθεί αίτηση αποζημίωσης στα πλαίσια της ασφαλιστικής κάλυψης που αιτούμαι με την παρούσα. Έλαβα επίσης γνώση του δικαιώματός της Εταιρίας να αρνηθεί την αίτησή μου για ασφάλιση ή να την κάνει αποδεκτή με όρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται, χωρίς υποχρέωση να αιτιολογήσει την απόφασή της. Όλα τα παραπάνω ισχύουν και για λογαριασμό των προστατευόμενων μελών σε περίπτωση που προτείνονται για ασφάλιση.

Συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύσει μετά την αποδοχή από την Εταιρία σας αυτής της πρότασης μου, με την προϋπόθεση προηγούμενης εξόφλησης των ασφαλιστρών και ότι μέχρι τότε δεν έχει αλλάξει η κατάσταση της υγείας και οι υπόλοιπες συνθήκες που επηρεάζουν την ασφαλισιμότητα του Ασφαλιζόμενου ή και των εξαρτώμενων μελών. Η παραπάνω πρότασή μου μαζί με τις έγγραφες συμπληρωματικές πληροφορίες και προϋποθέσεις, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της Ασφαλιστικής Σύμβασης.

Η παραπάνω δήλωσή μου ισχύει για κάθε ανανέωση της Ασφαλιστικής Σύμβασης, εκτός αν τροποποιηθεί με έγγραφο μου, που θα γίνει αποδεκτό εγγράφως από την Εταιρία.

Δηλώνω επίσης, ότι έλαβα γνώση για τα παρακάτω τα οποία και αποδέχομαι:

Η ασφαλιστική εταιρία PRIME INSURANCE CO. LTD τηρεί και επεξεργάζεται Αρχείο με προσωπικά δεδομένα των Ασφαλιζόμενων της, στα οποία περιλαμβάνονται και ευαίσθητα δεδομένα, με σκοπό την ομαλή λειτουργία και εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης. Αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων των Ασφαλιζόμενων δύνανται να είναι διαμεσολαβούντα για την σύναψη της Σύμβασης Ασφάλισης πρόσωπα, Δημόσιες Αρχές βάσει επιταγών του Νόμου ή Δικαστικών Αποφάσεων, η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών, τα ασφαλιστικά ταμεία, οι έχοντες δικαιώματα από τις ασφαλιστικές συμβάσεις, πραγματογνώμονες, γιατροί, νοσηλευτήριο, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, δικηγόροι, δικαστικοί επιμελητές και τρίτοι με του οποίους συνεργάζεται η Εταιρία για την παροχή των ασφαλιστικών καλύψεων.

Ο Λήπτης της Ασφάλισης ή/και Ασφαλιζόμενος έχει το δικαίωμα να λαμβάνει, κατόπιν γραπτού αιτήματός του και έναντι του ποσού που θα καθορίσει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, τα στοιχεία που τον αφορούν προσωπικά ή και να προβάλλει τυχόν εύλογες αντιρρήσεις, σύμφωνα με το όσα ορίζονται στο άρθρο 12 και 13 του Νόμου 2472/1997, και παντός μέσα στα πλαίσια της Ασφαλιστικής Σύμβασης. Η παραπάνω ασφαλιστική εταιρία έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιεί τα προσωπικά δεδομένα του κάθε Ασφαλιζόμενου της, εκτός από τα ευαίσθητα, για προωθητικές ενέργειες, δικές της ή τρίτων, ο Ασφαλιζόμενος όμως μπορεί να καταργήσει οποτεδήποτε το παραπάνω δικαίωμα της ασφαλιστικής εταιρίας με γραπτή δήλωσή του προς αυτήν.

Παρακαλώ, με βάση τα στοιχεία που δήλωσα να εκδώσετε αντίστοιχη Ασφαλιστική Σύμβαση.

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

Ημερομηνία Υπογραφής:

Ο Ασφαλισμένος

Ο Συμβαλλόμενος

ΕΚΘΕΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

Όνοματεπώνυμο Συνεργάτη _____

Κωδικός _____

Γνωρίζετε κάποιο στοιχείο το οποίο μπορεί να επηρεάζει την ασφαλισιμότητα των προτεινόμενων προς ασφάλιση ατόμων,

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα Αίτηση Ασφάλισης συμπληρώθηκε και υπογράφηκε παρουσία μου, με επίδειξη αστυνομικής ταυτότητας ή του διαβατηρίου και επίσης δεσμεύομαι για τήρηση του απορρήτου σχετικά με προσωπικά δεδομένα των Ασφαλιζόμενων ή/και των Συμβαλλομένων.

(υπογραφή)

Ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής