

## ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ

ΜΕΡΟΣ Α		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ ΠΟΥ ΖΗΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ:					
		ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ/ ΚΑΤΟΧΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ: _____					
<b>Συμπληρώστε την πιο κάτω φόρμα με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα</b>							
1.	Όνομ/νυμο:	2.	Ταυτότητα:				
3.	Κινητό Τηλέφωνο:	4.	Ημ. Γέννησης :	Τόπος Γέννησης:			
5.	Email:	6.	Τόπος Εργασίας:	Επάγγελμα:			
7.	Ύψος:	Βάρος:	8.	Φύλο:	Άρρεν	Θήλυ	
ΜΕΡΟΣ Β		ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ ΠΟΥ ΖΗΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΤΟΥ					
		Όνοματεπώνυμο	Ταυτότητα	Σχέση	Ημ. Γέννησης	Ύψος	Βάρος
1							
2							
3							
4							
Έγγραφα που απαιτούνται σε περίπτωση Πολιτικής Συμβίωσης: Αντίγραφο Πιστοποιητικού Πολιτικής Συμβίωσης							
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ</b>							
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΤΡΑΠΕΖΑΣ:							
IBAN ΑΡΙΘΜΟΣ: CY _____							
ΔΗΛΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΜΕΡΟΣ Α ΚΑΙ Β							
Έχετε ή είχατε διαγνωστεί με ή λαμβάνετε ή λάβατε θεραπεία για ή κάνετε ή κάνατε ή πάσχετε ή πάσχατε από:				Κυρίως	Σύζυγος	Παιδιά	
				Ασφ/νος	Ναί	Όχι	Ναί
1.	Όγκο, καρκίνο, πολύποδα, ή οποιοδήποτε είδους κακοήθειας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ψηλή χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, πάθηση θυρεοειδούς ή λεμφαδένων, ή διαβήτη; (αν ναι, τι τύπου διαβήτη; _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Οποιαδήποτε ανωμαλία των νεφρών, της ουροδόχου κύστης ή του ουροποιητικού συστήματος, ή οποιαδήποτε μορφή πάθησης του ουροποιητικού συστήματος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Προβλήματα καρδιάς, ρευματικό πυρετό, υπέρταση, ή οποιαδήποτε ανωμαλία ή αρρώστια της καρδιάς ή του κυκλοφοριακού συστήματος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Αρθριτικά ή άλλες παθήσεις των οστών, αρθρώσεων ή σπονδυλικής στήλης, κατάγματα ή αναπηρίες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσο Πάρκινσον, ιλίγγους, απώλεια αισθήσεων, παράλυση ή άλλη πάθηση εγκεφάλου ή διαταραχή νευρικού συστήματος ή οποιαδήποτε άλλη σωματική αναπηρία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Κύστη κόκκυγας, αιμορροΐδες, κήλη, περιεδρικό συρίγγιο, κισσούς;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ασθένεια/πάθηση των πνευμόνων ή άλλη αναπνευστική ανωμαλία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Δυσπεψία, γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος, χρόνια ή υποτροπιάζουσα διάρροια ή οποιαδήποτε διαταραχή του στομάχου ή των εντέρων ή ηπατική νόσο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ακτινογραφίες, καρδιογραφήματα, αναλύσεις ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις κατά τα τελευταία τρία (3) χρόνια για τις οποίες τα αποτελέσματα δεν ήταν φυσιολογικά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Σωματική βλάβη, πάθηση, ασθένεια που δεν αναφέρεται στις ερωτήσεις 1-10;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Έχετε συμβουλευθεί ιατρό ή υποβληθεί σε θεραπεία σχετική με το AIDS ή γενικότερα με ασθένεια που μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Έχετε πρόθεση να συμβουλευθείτε ιατρό ή να υποβληθείτε σε θεραπεία ή ιατρικές εξετάσεις πέραν από οποιεσδήποτε προληπτικές εξετάσεις ρουτίνας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Έχετε υποβληθεί σε εγχείρηση ή παραμείνατε σε νοσοκομείο ή κλινική για οποιονδήποτε λόγο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Σας συμβούλεψαν να μπειτε σε Νοσοκομείο/ίδρυμα για εξετάσεις, θεραπεία, ή να υποβληθείτε σε χειρουργική επέμβαση ή διαδικασία, και δεν το κάνατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν απαντήσατε <b>ΝΑΙ</b> σε οποιαδήποτε από τις πιο πάνω ερωτήσεις του μέρους δήλωση υγείας, <b>ΠΡΕΠΕΙ</b> να δώσετε επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με αυτή στην επόμενη σελίδα <b>ΚΑΙ</b> να προσκομίσετε σχετικά στοιχεία.							

Μονογραφή: \_\_\_\_\_

Σελ.1 από 2

## ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ

Άτομο	Ερώτηση	Διάγνωση	Ημερομηνία Εμφάνισης	Λεπτομέρειες / Συμπτώματα Θεραπεία / Αποτέλεσμα	Ιατρός / Νοσοκομείο

Παρακαλώ επισυνάψτε μαζί με την αίτηση σας τα αποτελέσματα τυχόν βιοψίας, διαγνωστικών εξετάσεων, και οποιεσδήποτε ιατρικές εκθέσεις.

## ΔΗΛΩΣΕΙΣ

Δίνω συγκατάθεση μου στην MetLife Europe d.a.c, εταιρεία περιορισμένης ευθύνης συσταθείσα στη Δημοκρατία της Ιρλανδίας με Αριθμό Εγγραφής 415123, η οποία ενεργεί μέσω του υποκαταστήματός της στην Κύπρο, το οποίο είναι εγγεγραμμένο στον Έφορο Εταιρειών με αριθμό εγγραφής ΑΕ 2955 και εγγεγραμμένη διεύθυνση στην οδό Τζων Κέννεντυ 38, 1087, Λευκωσία, Κύπρος (εφεξής η «Εταιρεία»), να επεξεργάζεται τα προσωπικά δεδομένα που με αφορούν (συμπεριλαμβανομένων και των ευαίσθητων δεδομένων μου), καθώς και αυτά που αφορούν τα πρόσωπα που καθορίζονται στο μέρος Β της παρούσας αίτησης, για σκοπούς αξιολόγησης της παρούσας αίτησης συμμετοχής στο ομαδικό ασφαλιστικό συμβόλαιο του εργοδότη μου καθώς και διαχείρισης του εν λόγω συμβολαίου και της ασφαλιστικής κάλυψης που παρέχεται δυνάμει αυτού. Στο βαθμό που παρέχω οποιαδήποτε προσωπικά δεδομένα που αφορούν οποιοδήποτε πρόσωπο που καθορίζεται στο μέρος Β της παρούσας αίτησης, δηλώνω ότι έχω λάβει πρώτα τη συγκατάθεση του προσώπου αυτού για το σκοπό αυτό.

Κατανόω ότι έχω δικαίωμα πρόσβασης στα προσωπικά δεδομένα που με αφορούν, δικαίωμα να διορθώσω τα δεδομένα αυτά καθώς και δικαίωμά μου να αντιταχθώ στην επεξεργασία τους. Επίσης, κατανόω πως δεν είμαι υποχρεωμένος να δώσω τη συγκατάθεσή μου, αλλά αν δεν τη δώσω, η Εταιρεία δεν θα είναι σε θέση να αξιολογήσει την αίτησή μου ή να παρέχει κάλυψη σε εμένα ή σε οποιοδήποτε πρόσωπο που καθορίζεται στο μέρος Β της παρούσας αίτησης. Κατανόω ότι κάθε πρόσωπο που καθορίζεται στο Μέρος Β έχει τα ίδια δικαιώματα σε σχέση με τα προσωπικά του δεδομένα και αναλαμβάνω να τον ή την ενημερώσω σχετικά.

Επίσης, εξουσιοδοτώ ρητά την Εταιρεία όπως χρησιμοποιεί το IBAN number του τραπεζικού μου λογαριασμού για σκοπούς διεκπεραίωσης πληρωμών σε σχέση με τυχόν απαιτήσεις που υποβάλλονται από εμένα και την διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου μου για σκοπούς ενημέρωσής μου για τυχόν πληρωμές εκ μέρους της Εταιρείας σε σχέση με τις απαιτήσεις μου.

Δηλώνω ότι όλες οι δηλώσεις και λεπτομέρειες που περιέχονται σε αυτή την αίτηση είναι αληθείς και πλήρεις και ότι κανένα ουσιώδες γεγονός δεν έχει αποκρυφθεί. Συμφωνώ ότι αυτή η αίτηση συμμετοχής μαζί με τυχόν πληροφορίες που παρέχονται στην Εταιρεία σε σχέση με αυτή θα αποτελέσει τη βάση της οποιασδήποτε ασφαλιστικής κάλυψης που θα παρασχεθεί σε μένα και τα πρόσωπα που καθορίζονται στο μέρος Β της παρούσας αίτησης.

Συμφωνώ ότι δεν παρέχεται οποιαδήποτε ασφαλιστική κάλυψη σε εμένα ή τα πρόσωπα που καθορίζονται στο μέρος Β της αίτησης εκτός αν (i) ειδοποίηση αλλαγής συμμετοχής υποβληθεί από τον εργοδότη μου σε σχέση με την αίτηση αυτή και (ii) αυτή η αίτηση και η εν λόγω ειδοποίηση εγκριθούν από την Εταιρεία. Συμφωνώ, επίσης, ότι οποιαδήποτε τέτοια ασφαλιστική κάλυψη θα παρέχεται κάτω από το ομαδικό συμβόλαιο του εργοδότη μου και θα υπόκειται στους όρους και προϋποθέσεις του, ως ισχύουν από καιρό σε καιρό.

Η παρούσα αίτηση ισχύει για τριάντα ημέρες από την ημερομηνία υπογραφής.

Ημερομηνία:..... Μάρτυρας:..... Υπογραφή Υπαλλήλου:.....

ΜΕΡΟΣ Γ	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ - ΚΑΤΟΧΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ Αποστολή στο email: <a href="mailto:groupadministration@metlife.com">groupadministration@metlife.com</a>	ΝΕΑ ΕΝΤΑΞΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ Ή/ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΟΥ
Όνομα εργοδότη – κατόχου ασφαλιστηρίου:		Αρ. Συμβολαίου:

ΠΛΗΡΕΣ ΟΝΟΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΣΧΕΔΙΟ	ΑΣΦΑΛ. ΠΟΣΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΖΩΗΣ*
1.				
Εξαρτώμενα Πρόσωπα:				*Μόνο σε περίπτωση που ισχύει και βάσει όρων συμβολαίου.

Υπάλληλος πλήρους απασχόλησης:                      Ναι            Όχι

Γνωρίζετε αν ο πιο πάνω υπάλληλος απουσίασε από την εργασία λόγω ασθένειας ή ατυχήματος τους τελευταίους έξι μήνες;	ΝΑΙ   ΟΧΙ	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες και ημερομηνίες:
---	-----------	---

**Σφραγίζεται και υπογράφεται** εκ μέρους του κατόχου του συμβολαίου ..... **Ημερομηνία υποβολής**.....