

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΟΡΟΜΙΣΘΙΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΤΗΣ ΣΥΤΑ – ΜΕΛΗ ΤΗΣ Π.Ε.Ο.**

**Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζόμενος**

Όνοματεπώνυμο	Επάγγελμα	Ημ. Γεννήσεως	Ύψος/Βάρος	Αρ. Ταυτότητας
Φύλο: _____	Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος _____	Διαζευγμένος _____	Έγγαμος _____	Αρ. Παιδιών _____
Διεύθυνση αλληλογραφίας, τηλέφωνο & ηλεκτρονική διεύθυνση				
Όνομα όπως αναγράφεται με Αγγλικούς χαρακτήρες στην Ταυτότητα ή Διαβατήριο (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΗΛΩΣΤΕ ΓΙΑ ΟΛΑ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ)				

**Στοιχεία προτεινόμενων για ασφάλιση (Εξαρτώμενα: Σύζυγος/Παιδιά (έως 25 ετών εφόσον είναι φοιτητές ή στρατιώτες στην εθνική φρουρά)**

Όνοματεπώνυμο	Επάγγελμα	Ημ. Γεννήσεως	Ύψος/Βάρος	Αρ. Ταυτότητας	Φύλο
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		

**Εξ' όσων γνωρίζετε και πιστεύετε, έχετε ή είχατε ποτέ, εσείς ή τα εξαρτώμενα σας πρόσωπα που αναφέρονται πιο πάνω:**

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1.	Έχετε συμβουλευτεί ιατρό για οποιοδήποτε λόγο, συμπεριλαμβανομένου εξετάσεων ρουτίνας και αιματολογικών αναλύσεων ή έχετε κάνει μετάγγιση αίματος εντός των προηγούμενων 5 ετών;		
2.	Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος (π.χ. καρδιακά προβλήματα, ρευματικό πυρετό, υψηλή αρτηριακή πίεση, παθήσεις των αρτηριών και φλεβών);		
3.	Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. φυματίωση, άσθμα, επίμονο βήχα, πνευμονία);		
4.	Παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος (π.χ. λοιμώξεις των νεφρών, του ουροποιητικού ή των γεννητικών οργάνων, νεφρικών λίθων ή αφροδίσιο νόσημα);		
5.	Παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ. πεπτικές διαταραχές, γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος, ηπατίτιδα Β ή άλλες παθήσεις του συκωτιού, παθήσεις της χοληδόχου κύστεως);		
6.	Διαβήτη, καρκίνο ή παθήσεις του αίματος, αδένα, σπλήνας, αυτιών, ματιών ή δέρματος;		
7.	Ανεξήγητη νυχτερινή εφίδρωση και/ή απώλεια βάρους, επίμονο πυρετό, χρόνια ή επαναλαμβανόμενη διάρροια, ανεξήγητες λοιμώξεις ή πρησμένους αδένες		

Η ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ/Η Η ΕΙΣΠΡΑΞΗ ΟΠΟΙΟΥΔΗΠΟΤΕ ΠΟΣΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ TRUST, ΔΕΝ ΣΥΝΙΣΤΑ ΣΕ ΚΑΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ, ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ. Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΙΑΤΗΡΕΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ, ΟΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ, ΝΑ ΑΠΟΡΡΙΦΘΕΙ Ή/ΚΑΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ ΜΕ ΟΡΟΥΣ. Η ΚΑΛΥΨΗΣ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΙΣΧΥ ΕΦΟΣΟΝ ΕΧΕΤΕ ΛΑΒΕΙ ΓΡΑΠΤΗ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, ΟΠΟΥ ΣΑΣ ΚΟΙΝΟΠΟΙΕΙΤΑΙ Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΗΣ.



8.	Παθήσεις του νευρικού συστήματος ή νευρικές διαταραχές (π.χ. επιληψία, λιποθυμικές τάσεις, συχνούς πονοκεφάλους, νευρικό κλονισμό);		
9.	Έχετε ποτέ κάνει ή έχετε συμβουλευτεί να κάνετε αιματολογικές αναλύσεις για AIDS ή έχετε ποτέ απορριφθεί ως αιμοδότης;		
10.	Έχετε ποτέ εισαχθεί σε νοσοκομείο/κλινική για θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση;		
11.	Έχετε οποιαδήποτε πάθηση ή ασθένεια η οποία δεν αναφέρθηκε.		
12.	ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ Παθήσεις μαστών ή γεννητικών οργάνων; Είστε έγκυος; ..... Αν ναι, πόσων μηνών; .....		
13.	Είχατε ή έχετε μέλη της οικογένειάς σας με ιστορικό καρκίνου, παθήσεις καρδιάς, νεφρικές παθήσεις, διαβήτη, υψηλή αρτηριακή πίεση ή ψυχικές διαταραχές;		
14.	Ενασχολήσεις: Α. Αν οποιοδήποτε Προτεινόμενο για ασφάλιση πρόσωπο, ασχολείται ή σκοπεύει να ασχοληθεί με οποιασδήποτε μορφής επικίνδυνη ασχολία θα πρέπει να δοθούν λεπτομέρειες Β. Αν οποιοδήποτε Προτεινόμενο για ασφάλιση πρόσωπο, ασχολείται με οποιοδήποτε άθλημα ή δραστηριότητα (επαγγελματικά ή ερασιτεχνικά)		
15.	Κατανάλωση σε: Αλκοόλ (ημερησίως):	Κάπνισμα (ημερησίως):	
16.	Είστε ασφαλισμένος/η με ασφάλιση υγείας με οποιαδήποτε άλλη ασφαλιστική εταιρεία ή φορέα;		

**ΔΩΣΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΤΙΚΕΣ ΣΑΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ:**

Αρ. Ερώτησης	Όνομα προτεινόμενου	Ιατρικό ιστορικό (Συχνότητα, Ημερ., Διάρκεια, Αποτελ.), Ονόματα ιατρών και νοσοκομείων/κλινικών.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Συμφωνώ ότι θα είναι η βάση για τη σύμβαση ασφάλισης μεταξύ εμένα και της Trust International Insurance Company (Cyprus) Ltd και ως εκ τούτου η Εταιρεία απαλλάσσεται για οποιαδήποτε αξίωση λόγω τραυματισμού ή ασθένειας η αιτία της οποίας ήταν γνωστή πριν από την έγκριση της αίτησής μου για την ασφάλιση και δεν έχουν δηλωθεί στις παραπάνω δηλώσεις μου.  
Έχω πληροφρηθεί για τις πρόνοιες του νόμου 13(Ι) 2001 τις οποίες έχω καταλάβει πλήρως και με ελεύθερη βούληση δηλώνω ότι αποδέχομαι όπως τα προσωπικά μου δεδομένα ευαίσθητα ή άλλως να συλλέγονται και να επεξεργάζονται από την Trust International Insurance Company (Cyprus) LTD ή από άλλη εταιρεία η οποία ενσωματώνεται η σύμβαση για τους σκοπούς που αναφέρονται στην ενημέρωση που είχα. Με το έγγραφο αυτό ή φωτοαντίγραφο αυτού εξουσιοδοτώ οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία, γιατρό, νοσοκόμο, επίσημο νοσοκομείο ή υπάλληλο για να αποκαλύψει στην Trust International Insurance Company (Cyprus) LTD ή οποιοδήποτε εξουσιοδοτημένου αντιπροσώπου της οποιαδήποτε και όλες τις πληροφορίες που αφορούν το ιατρικό ιστορικό μου. Στο στάδιο αξιολόγησης της αίτησης ασφάλισης ή απαίτησης αποζημίωσης συγκατατίθεμαι όπως παρέχω στην ασφαλιστική εταιρεία TRUST INTERNATIONAL INSURANCE (CYPRUS) COMPANY LTD, ως εξουσιοδοτημένο κάτοχο, τα αποτελέσματα των ιατρικών και διαγνωστικών μου εξετάσεων και θεραπειών (από θεράποντα Ιατρό/Νοσοκομείο/Κλινικές, άλλα ιατρικά ιδρύματα ή και άλλη ασφαλιστική εταιρεία) για αξιολόγηση από ιατρούς που συνεργάζονται με την TRUST INTERNATIONAL INSURANCE (CYPRUS) COMPANY LTD, τηρουμένων των διατάξεων του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου 138(Ι) του 2001, ως εκάστοτε τροποποιείται, μόνο όσων δεδομένων είναι εντελώς συναφή και απαραίτητα για σκοπούς εξέτασης της απαίτησής μου σε περίπτωση που η εταιρεία κρίνει ότι αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για να αποφασίσει κατά πόσο θα μου καταβάλει αποζημίωση με βάση τους όρους του συμβολαίου μου ή/και να καθορίσει το ύψος της αποζημίωσης.

Υπογραφή Κυρίως Ασφαλιζόμενου

Υπογραφή Ενήλικα Εξαρτώμενου (σύζυγος/τέκνα)

Ημερομηνία

Η ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ/Η Η ΕΙΣΠΡΑΞΗ ΟΠΟΙΟΥΔΗΠΟΤΕ ΠΟΣΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ TRUST, ΔΕΝ ΣΥΝΙΣΤΑ ΣΕ ΚΑΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ, ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ. Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΙΑΤΗΡΕΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ, ΟΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ, ΝΑ ΑΠΟΡΡΙΦΘΕΙ Ή/ΚΑΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ ΜΕ ΟΡΟΥΣ. Η ΚΑΛΥΨΗΣ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΙΣΧΥ ΕΦΟΣΟΝ ΕΧΕΤΕ ΛΑΒΕΙ ΓΡΑΠΤΗ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, ΟΠΟΥ ΣΑΣ ΚΟΙΝΟΠΟΙΕΙΤΑΙ Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΗΣ.