

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Νο ΟΜΑΔΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ :

ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ :

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΟΝΟΜΑ :

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ :

ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ :/...../.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :

Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ :

ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

E-MAIL :@.....

ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΟΥ :

 ΦΥΛΟ : ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

Α.Φ.Μ. :

Δ.Ο.Υ. :

ΗΜΕΡ. ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ :/...../.....

Τ.Κ. : ΠΟΛΗ :

Τ.Κ. : ΠΟΛΗ :

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

Με την παρούσα, αιτούμαι υπό την ιδιότητά μου ως εργαζομένου της εταιρείας με την επωνυμία , η οποία εδρεύει στην..... οδός..... αρ. (εφεξής η «Εταιρεία») τη συμμετοχή μου στο υπ' αριθμ..... ομαδικό ασφαλιστήριο της Ασφαλιστικής , που έχει συνάψει η Εταιρεία με την Ασφαλιστική και δηλώνω ότι:

(α) Έχω ενημερωθεί από την Εταιρεία για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων στην οποία θα προβεί η Ασφαλιστική ή/και ο Όμιλος Eurolife για τους σκοπούς εκτέλεσης της σύμβασης ασφάλισης. (**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**)

(β) Παρέχω στην Εταιρεία τα κάτωθι προσωπικά μου δεδομένα:

- Δεδομένα ταυτοποίησης μου: ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, ΑΔΤ, ΑΦΜ, ημερομηνία και τόπος γέννησης κ.λ.π.
- Δεδομένα επικοινωνίας μου: ταχυδρομική και ηλεκτρονική διεύθυνση, αριθμός σταθερού και κινητού τηλεφώνου κ.λ.π.
- Δεδομένα υγείας ή δεδομένα περίθαλψης ή φαρμακευτικής αγωγής μου.
- Δεδομένα σχετικά με την τυχόν καταβολή ασφάλισματος

(γ) Παρέχω τη συγκατάθεσή μου στην Εταιρεία να διαβιβάζει τα ανωτέρω δεδομένα μου στην Ασφαλιστική και στον Όμιλο Eurolife συναινών στην επεξεργασία τους από αυτόν για τους σκοπούς εκτέλεσης της ασφαλιστικής σύμβασης.

ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	:	ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΣΥΖΥΓΟΣ	:	ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΕΝΗΛΙΚΟ ΤΕΚΝΟ	:	ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΕΝΗΛΙΚΟ ΤΕΚΝΟ	:	ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΕΝΗΛΙΚΟ ΤΕΚΝΟ	:	ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>

(δ) Παρέχω τη συγκατάθεση μου στην Εταιρεία να διαβιβάζει τα δεδομένα υγείας και περίθαλψης στην Ασφαλιστική και στον Όμιλο Eurolife και συναινών στην επεξεργασία τους από αυτόν για τους σκοπούς εκτέλεσης της ασφαλιστικής σύμβασης

ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	:	ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΣΥΖΥΓΟΣ	:	ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΕΝΗΛΙΚΟ ΤΕΚΝΟ	:	ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΕΝΗΛΙΚΟ ΤΕΚΝΟ	:	ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΕΝΗΛΙΚΟ ΤΕΚΝΟ	:	ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>

..... /...../20.....

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

ΕΞΑΡΤ. ΜΕΛΟΣ /
ΣΥΖΥΓΟΣ

ΕΞΑΡΤ. ΜΕΛΗ /
ΕΝΗΛΙΚΑ ΤΕΚΝΑ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ &
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

- Εάν υπάρχουν περισσότερα από 3 ενήλικα τέκνα να συμπληρωθεί νέα αίτηση ως συμπληρωματική