

Αίτηση συμμετοχής σε ομαδικό συμβόλαιο - Ζωής/Υγείας

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΜΕ ΕΥΑΝΑΓΝΩΣΤΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΑΠΟΦΥΓΗ ΛΑΘΩΝ.

Όνομα εταιρείας: Αριθμός Συμβολαίου:

Παρακαλώ σημειώστε με τι ισχύει Νέα αίτηση - υπαλλήλου Προσθήκη εξαρτωμένου

Μέρος Α Συμπληρώνεται από τον υπάλληλο που ζητά ασφάλιση στο ομαδικό συμβόλαιο

Αναγράψτε το ονοματεπώνυμο με λατινικούς χαρακτήρες όπως εμφανίζεται στην Ταυτότητα/Διαβατήριο

1. Επώνυμο:	2. Όνομα:	3. Email:
4. Κινητό:	5. Τόπος εργασίας:	Επάγγελμα:
6. Τραπ. Λογαριασμός (IBAN): C Y _____		
7. Ταυτότητα:	8. Ημ. Γεν:	9. Φύλο: Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>
10. Ύψος: (cm) Βάρος: (kg)	11. Χώρα συνήθους διαμονής:	12. Εθνικότητα:

Μέρος Β Στοιχεία εξαρτώμενων ατόμων του υπαλλήλου που ζητούν ασφάλιση

	Επώνυμο	Όνομα	Φύλο (Α | Θ)	Ταυτότητα	Σχέση με υπάλληλο	Ημ. Γέννησης (DD/MM/YYYY)	Ύψος (εκ)	Βάρος (κιλά)	Χώρα συνήθους διαμονής
1.									
2.									
3.									
4.									

Δήλωση υγείας για τα άτομα που αναγράφονται στο μέρος Α και Β

Έχετε ή είχατε διαγνωστεί με: ή/και λαμβάνετε ή θα λάβατε θεραπεία για: ή/και κάνετε ή κάνατε: ή/και πάσχετε ή πάσχατε από:	Υπάλληλος		Σύζυγος		Παιδιά	
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
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, ιλιγγούς, 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 χειρουργήση 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"/>

Ασφαλιστικό Ιστορικό

Δηλώστε αριθμούς συμβολαίων που έχετε με Metlife Europe d.a.c.....

Αν απαντήσετε “ΝΑΙ” σε οποιαδήποτε από τις πιο πάνω ερωτήσεις του μέρους “δήλωση υγείας”, παρακαλώ όπως δώσετε επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με αυτή και να προσκομίσετε σχετικές ιατρικές εκθέσεις/αποτελέσματα.

Άτομο	Ερώτηση	Διάγνωση	Ημ. Εμφάνισης	Λεπτομέρειες/ Συμπτώματα Θεραπεία/ Αποτελέσματα	Ιατρός/ Νοσοκομείο

Σημαντική Σημείωση

Για την μελέτη και επίσπευση της έγκρισης της ασφαλιστικής σας κάλυψης, παρακαλώ μην αφήσετε ασυμπλήρωτη οποιαδήποτε ερώτηση και παρακαλώ όπως επισυνάψετε οποιεσδήποτε ιατρικές εκθέσεις υπάρχουν. Η MetLife διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει επιπρόσθετα στοιχεία ασφαλισιμότητας για να δεχθεί ή να απορρίψει μια αίτηση σύμφωνα με την διαδικασία αξιολόγησης κινδύνου.

Για την ολοκλήρωση της αίτησής σας προσκομίστε τα εξής αντίγραφα:

Πολιτική Ταυτοτητά Τραπεζικός Λογαριασμός (IBAN) Πιστοποιητικό Γάμου / Σύμφωνο Συμβίωσης

Δηλώσεις

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 αποτελεί 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 συγκατάθεσης 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:..... Υπογραφή ενήλικα εξαρτώμενου:..... Υπογραφή υπαλλήλου:.....

Μέρος Γ Συγκατάθεση εργοδότη - για τα άτομα που αιτούνται ασφάλιση

Αρ. συμβολαίου:.....

Σκέλος Α: Άτομα που αιτούνται ασφάλιση:

Όνοματεπώνυμο:	Ταυτότητα	Ημ. έναρξης ασφάλισης	Σχέδιο*	Ασφαλισμένο ποσό κάλυψης ζωής*
1.				
2.				
3.				
4.				

* Μόνο σε περίπτωση που ισχύει και βάσει όρων συμβολαίου

Σκέλος Β: Ερωτήσεις:

1. Γνωρίζετε αν ο πιο κάτω υπάλληλος απουσίασε από την εργασία λόγω ασθένειας ή ατυχήματος τους τελευταίους 6 μήνες; Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες:	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
2. Χώρα συνήθους διαμονής υπαλλήλου:	3. Τόπος εργασίας υπαλλήλου:
4. Υπάλληλος πλήρους απασχόλησης: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	

Σκέλος Γ: Συγκατάθεση:

Όνομα:.....	Σφραγίδα Κατόχου	
Υπογραφή:.....	Συμβολαίου/ θυγατρικής:	
Ημερομηνία υποβολής:.....		

Αποστολή αίτησης για επεξεργασία στο: groupadministration@metlife.com. - Η πρωτότυπη ταχυδρομείται στα κεντρικά γραφεία για αρχειοθέτηση.

Συγκατάθεση για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Υπάλληλος / σύζυγος / παιδιά

Σημείωση: Εάν αυτή η συγκατάθεση αφορά σε ανήλικο, αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί από τον γονέα ή άλλο άτομο που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού. Οι αναφορές στα "δεδομένα για την υγεία σας", "δεδομένα υγείας μου" και παρόμοιες αναφορές πρέπει να διαβάζονται ως αναφορές στα δεδομένα υγείας του ανηλίκου.

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς.

Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς:

1. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας για συμμετοχή στο ομαδικό συμβόλαιο που αναφέρεται πιο πάνω, να σας εντάξουμε σε αυτό και να διαχειριστούμε την κάλυψη σας δυνάμει αυτού, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε παράσχει ή που μπορεί να ζητηθείτε να παράσχετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε παράσχει ή πιθανόν να παράσχετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούν τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της αίτησής σας για συμμετοχή στο ομαδικό συμβόλαιο, την συμμετοχή σας σε αυτό και την διαχείριση της κάλυψης σας δυνάμει αυτού.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή συμμετοχής σας ή να σας εντάξουμε στο ομαδικό συμβόλαιο ή να διαχειριστούμε την κάλυψη σας δυνάμει αυτού.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα (email) στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας ή, σε περίπτωση που την έχουμε ήδη εγκρίνει, δεν θα είμαστε πλέον σε θέση να διαχειριστούμε την κάλυψη σας κάτω από το ομαδικό συμβόλαιο και αυτή θα θεωρείται ότι έχει ακυρωθεί. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Περισσότερες πληροφορίες

Η πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μας, η οποία καθορίζει με περισσότερη λεπτομέρεια τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα, και τα δικαιώματά σας σε σχέση με τη χρήση αυτή, εσωκλείεται και είναι επίσης διαθέσιμη στο www.metlife.com.cy.

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων σημειώνοντας το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

Όνομα Υπαλλήλου, συζύγου, παιδιών	Αρ. Ταυτότητας	Υπογραφή	Ημερ.	Συγκατάθεση για προσωπικά στοιχεία (όπως πιο πάνω)	Περισσ. Πληροφορίες (όπως πιο πάνω)
Υπάλληλος:.....	αρ:.....	.....	.....	Ναι, συμφωνώ <input type="checkbox"/>	Ναι, επιβεβαιώνω <input type="checkbox"/>
Σύζυγος:.....	αρ:.....	.....	.....	Ναι, συμφωνώ <input type="checkbox"/>	Ναι, επιβεβαιώνω <input type="checkbox"/>
Υπογραφή παιδιού ή γονέα ή άλλου ατόμου που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού σε περίπτωση που το παιδί είναι ανήλικο:					
Παιδί 1:.....	αρ:.....	.....	.....	Ναι, συμφωνώ <input type="checkbox"/>	Ναι, επιβεβαιώνω <input type="checkbox"/>
Παιδί 2:.....	αρ:.....	.....	.....	Ναι, συμφωνώ <input type="checkbox"/>	Ναι, επιβεβαιώνω <input type="checkbox"/>
Παιδί 3:.....	αρ:.....	.....	.....	Ναι, συμφωνώ <input type="checkbox"/>	Ναι, επιβεβαιώνω <input type="checkbox"/>