



Διεθνές πρόγραμμα υγείας

Παρέχεται από την AXA insurance dac

Έντυπο ατομικής αίτησης

Μεταφορά συμβολαίου

■ Εάν συμπληρώσετε το παρόν έντυπο χειρόγραφα, χρησιμοποιήστε ΜΑΥΡΟ ΜΕΛΑΝΙ και γράψτε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ σε όλα τα πεδία.

■ Για την ταχύτερη εξυπηρέτηση της αίτησής σας, αναφέρετε τον αριθμό προσφοράς σας εφόσον υπάρχει

Ο εν λόγω αριθμός αναγράφεται στην επιστολή της προσφοράς που έχετε λάβει

Ε

1 Σχετικά με το συμβόλαιο

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα διάφορα είδη κάλυψης που διατίθενται, τις προαιρετικές αναβαθμίσεις που μπορείτε να συμπεριλάβετε και τα επίπεδα ιδίας συμμετοχής, ανατρέξτε στη διεύθυνση axaglobalhealthcare.com ή ρωτήστε τον ασφαλιστικό σας πράκτορα.

1.1 Από ποια ημερομηνία θα θέλατε να αρχίσει η ισχύς της κάλυψης;

Εάν θέλετε το συμβόλαιο να αρχίσει να ισχύει άμεσα, υπάρχει η δυνατότητα να χρονολογηθεί πριν από την ημερομηνία που υποβάλατε την αίτηση, υπό την προϋπόθεση ότι η ημερομηνία αυτή είναι εντός διαστήματος 3 εβδομάδων από τη στιγμή που λάβαμε την αίτησή σας.

H	H	M	M	E	E	E	E

1.2 Τι είδους κάλυψη χρειάζεστε;

i Επιλέξτε μόνο ένα είδος κάλυψης και σημειώστε τυχόν προαιρετικές αναβαθμίσεις που θέλετε να συμπεριλάβετε.

Υπάρχουν διαθέσιμες διάφορες προαιρετικές αναβαθμίσεις ανάλογα με το είδος της κάλυψης, οι οποίες θα ισχύουν για όλα τα μέλη που καλύπτονται από το παρόν συμβόλαιο.

☐ **Prestige Plus**

☐ **Prestige** ☐ Οδοντιατρική κάλυψη

☐ **Comprehensive** ☐ Οδοντιατρική κάλυψη ☐ Ταξιδιωτική ασφάλιση.

☐ **Standard** ☐ Πρωτοβάθμια περίθαλψη ☐ Ταξιδιωτική ασφάλιση.

☐ **Foundation** ☐ Πρωτοβάθμια περίθαλψη

1.3 Χρειάζεστε το συμβόλαιο να σας παρέχει κάλυψη για θεραπεία στις ΗΠΑ;

☐ Όχι ☐ Ναι

1.4 Σε ποιο νόμισμα θα θέλατε να καταβάλετε το ασφάλιστρό σας;

i Επιλέξτε μόνο ένα νόμισμα

☐ £ Στερλίνες ☐ \$ Δολάρια Η.Π.Α. ☐ € Ευρώ

1.5 Ποιο επίπεδο ιδίας συμμετοχής χρειάζεστε;

i Επιλέξτε μόνο ένα επίπεδο ιδίας συμμετοχής

Το ποσό της ιδίας συμμετοχής θα ισχύει στο ίδιο νόμισμα που έχετε επιλέξει να πληρώσετε τα ασφάλιστρά σας στην ερώτηση 1.4

☐ Χωρίς ιδία συμμετοχή

☐ **Επίπεδο 1** 100€ 160\$ 125€

☐ **Επίπεδο 2** 250€ 400\$ 320€

☐ **Επίπεδο 3** 500€ 800\$ 640€

☐ **Επίπεδο 4** 1.000€ 1.600\$ 1.275€

☐ **Επίπεδο 5** 2.000€ 3.200\$ 2.550€

Τα παρακάτω επίπεδα ιδίας συμμετοχής είναι διαθέσιμα σε προγράμματα Standard μόνο χωρίς την προαιρετική παροχή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης:

☐ **Επίπεδο 6** 5.000€ 8.000\$ 6.375€

☐ **Επίπεδο 7** 10.000€ 16.000\$ 12.750€

Σημειώσεις που θα σας βοηθήσουν να συμπληρώσετε την αίτησή σας

Στόχος μας είναι να σας διευκολύνουμε όσο το δυνατό περισσότερο με τη συμπλήρωση της αίτησής σας για ασφάλιση υγείας. Για αυτόν το λόγο, διαβάστε τις παρακάτω σημειώσεις, πριν ξεκινήσετε. Για οποιοδήποτε ερωτήσες, επικοινωνήστε με τον ασφαλιστικό σας πράκτορα ή καλέστε μας στη γραμμή βοήθειας στο **+44 (0) 1892 508 800** και θα χαρούμε να σας βοηθήσουμε. Οι γραμμές είναι ανοιχτές από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή, 8 π.μ. έως 5 μ.μ. (ώρα ΗΒ).

Λάβετε υπόψη τα ακόλουθα σημεία, πριν ξεκινήσετε να συμπληρώνετε αυτό το έντυπο

Το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας παρέχεται από την AXA Insurance dac και υπόκειται σε διαχείριση από την AXA Global Healthcare (από κοινού AXA).

- ✗ Μην χρησιμοποιείτε το παρόν έντυπο** σε περίπτωση μεταφοράς ή αναβάθμισης από υφιστάμενο συμβόλαιο με την εταιρεία μας ή εάν έχετε επιλέξει ασφάλιση με όρους moratorium στο συμβόλαιό σας.
- Φροντίστε να παρέχετε ακριβείς και πλήρεις απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις για όλα τα μέλη που θα ασφαλιστούν στο πλαίσιο του παρόντος προγράμματος. Αυτό θα βοηθήσει στην αποφυγή οποιασδήποτε καθυστέρησης στην επεξεργασία της αίτησής σας.
- Αν δεν απαντήσετε με ειλικρίνεια και ακρίβεια, είναι πολύ πιθανό μια απαίτησή σας να μην γίνει αποδεκτή και το συμβόλαιό σας να ακυρωθεί.
- Το πρόσωπο που αναφέρεται στην ενότητα **2 Πληροφορίες σχετικά με τον Κάτοχο του συμβολαίου** θα είναι ο κάτοχος του συμβολαίου και ο νόμιμος κύριός του. Εάν το παρόν συμβόλαιο αφορά μόνο παιδιά, ένα ή περισσότερα, το πρόσωπο που αναφέρεται στην ενότητα **2 Πληροφορίες σχετικά με τον Κάτοχο του συμβολαίου** δεν θα δικαιούται κάλυψη δυνάμει του παρόντος συμβολαίου.
- Βεβαιωθείτε ότι έχετε άδεια να μας ενημερώσετε για το ιατρικό ιστορικό όλων των μελών της οικογένειας που επιθυμείτε να προσθέσετε στο παρόν συμβόλαιο.

Λάβετε υπόψη τα ακόλουθα σημεία, πριν ξεκινήσετε να συμπληρώνετε αυτό το έντυπο

- Εάν συμπληρώσετε το παρόν έντυπο ψηφιακά, συμπληρώστε και εκτυπώστε το, υπογράψτε την ενότητα **7 Δήλωση** και επιστρέψτε το σε εμάς.
- Εάν ο ασφαλιστικός σας πράκτορας πρόκειται να συμπληρώσει το έντυπο για λογαριασμό σας, χρησιμοποιώντας τις πληροφορίες που έχετε παράσχει, πρέπει να διαβάσετε όλες τις ερωτήσεις και τις απαντήσεις προσεκτικά πριν υπογράψετε την ενότητα **7 Δήλωση** στο τέλος. Ο ασφαλιστικός σας πράκτορας ενεργεί για λογαριασμό σας σε αυτή την περίπτωση.
- Εάν χρειάζεστε επιπλέον χώρο, χρησιμοποιήστε την ενότητα **6 Πρόσθετες πληροφορίες**.

Για τη συμπλήρωση του εντύπου της αίτησης, θα χρειαστείτε

- Πληροφορίες για τη φαρμακευτική αγωγή ή τη θεραπεία που λαμβάνετε τη δεδομένη στιγμή και που έχετε λάβει τα τελευταία πέντε έτη.
- Τα στοιχεία πληρωμής σας.

Αφού συμπληρώσετε την αίτησή σας

- Ελέγξτε προσεκτικά τα στοιχεία σας και βεβαιωθείτε ότι έχετε υπογράψει και προσθέσει ημερομηνία στην ενότητα **7 Δήλωση**.
- Μπορείτε να μας στείλετε τη συμπληρωμένη αίτηση στην ηλεκτρονική διεύθυνση intsales@axa.com, ωστόσο, οι ψηφιακές υπογραφές δεν γίνονται δεκτές και ως εκ τούτου, πρέπει να εκτυπώσετε, να υπογράψετε και να σαρώσετε ηλεκτρονικά την ενότητα **7 Δήλωση**.
- Στείλτε μας το συμπληρωμένο έντυπο στη διεύθυνση:
AXA Global Healthcare (EU) Limited, Forest Road, Tunbridge Wells, Kent, TN2 5FE, UK.
- Κρατήστε σε αρχείο όλες τις πληροφορίες που μας παρέχετε σε σχέση με την παρούσα αίτηση, συμπεριλαμβανομένων τυχόν επιστολών που μας αποστέλλετε. Μπορούμε να σας στείλουμε ένα αντίγραφο αυτής της αίτησης, εφόσον μας ενημερώσετε εντός τριών μηνών.

Ορισμοί λέξεων και φράσεων

Ορισμένες από τις λέξεις και φράσεις που χρησιμοποιούνται σε αυτό το έντυπο έχουν συγκεκριμένη σημασία, όπως, για παράδειγμα, ο όρος θεραπεία.

Εσείς και σας Όταν αναφέρουμε τις λέξεις «εσείς» και «σας», εννοούμε τον κάτοχο του συμβολαίου, καθώς και τυχόν μέλη της οικογένειας που καλύπτονται από το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας.

Εμείς, εμάς και μας Όταν αναφέρουμε τις λέξεις «εμείς», «εμάς» ή «μας», εννοούμε την AXA Global Healthcare (EU) Limited που ενεργεί για λογαριασμό της AXA insurance dac.

2 Πληροφορίες σχετικά με τον Κάτοχο του συμβολαίου

Σας υπενθυμίζουμε ότι πρέπει να χρησιμοποιήσετε **MAYPO ΜΕΛΑΝΙ** και να γράψετε με **ΚΕΦΑΛΑΙΑ** σε όλα τα πεδία

2.1 Ονοματεπώνυμο και τίτλος

Βεβαιωθείτε ότι έχετε γράψει όλα τα μεσαία ονόματα.

☐ Κορ ☐ Κα ☐ Δις ☐ Δις

☐ Άλλο – διευκρινίστε

Όνομα και μεσαίο όνομα

Επώνυμο

2.2 Φύλο

☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

2.3 Ημερομηνία γέννησης

H	H	M	M	E	E	E	E
---	---	---	---	---	---	---	---

2.4 Εθνικότητα

2.5 Ποια είναι η κύρια χώρα διαμονής του Κατόχου του συμβολαίου;

Αυτή είναι η διεύθυνση όπου θα διαμένουν όλα τα μέλη που καλύπτονται από το συμβόλαιο για το μεγαλύτερο μέρος του έτους από την ημερομηνία έναρξης ισχύος του παρόντος συμβολαίου.

2.6 Επάγγελμα

2.7 Διεύθυνση αλληλογραφίας

Είναι η διεύθυνση όπου θα στείλουμε τα έγγραφα του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Συμπληρώστε πλήρη στοιχεία διεύθυνσης, συμπεριλαμβανομένου του ταχυδρομικού κώδικα και της χώρας κατά περίπτωση.

	Ταχυδρομικός κώδικας
Χώρα	

2.8 Στοιχεία επικοινωνίας

Συμπεριλάβετε τη χώρα και τους κωδικούς περιοχής κατά περίπτωση.

Τηλέφωνο (πρωινές ώρες)

Τηλέφωνο (απογευματινές ώρες)

Email

3 Πρόσθετα καλυπτόμενα μέλη της οικογένειας

3.1 Τα παιδιά πρέπει να διαμένουν στην ίδια διεύθυνση με τον κάτοχο του ασφαλιστηρίου για να ενταχθούν σε αυτό το πρόγραμμα. ☐ Εάν το παρόν πρόγραμμα προορίζεται μόνο για ένα ή περισσότερα παιδιά και δεν συμπεριλαμβάνει εσάς, επιλέξτε αυτό το πλαίσιο.
Σημείωση: Εάν επιλέξετε αυτό το πλαίσιο, επιβεβαιώνετε ότι δεν δικαιούστε κάλυψη βάσει αυτού του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

3.2 Επιθυμείτε να προσθέσετε μέλη της οικογένειάς σας στο συμβόλαιο; ☐ Όχι ► Συνεχίστε στην ενότητα **4 Απόρρητο ιατρικό ιστορικό**
☐ Ναι Γράψτε παρακάτω τα στοιχεία όλων των μελών της οικογένειας.
Στα μέλη της οικογένειας μπορούν να συγκαταλέγονται οι ακόλουθοι συγγενείς του Κατόχου του συμβολαίου:
• σύζυγος/σύντροφος
• παιδιά.
Αν χρειαστεί να προσθέσετε περισσότερα από τέσσερα μέλη της οικογένειας, χρησιμοποιήστε την ενότητα **6 Πρόσθετες πληροφορίες**

3.3 Καλυπτόμενα μέλη της οικογένειας
 Όλα τα μέλη που καλύπτονται από το παρόν συμβόλαιο πρέπει να έχουν την ίδια κύρια χώρα διαμονής και διεύθυνση διαμονής. Εάν το μέλος της οικογένειας φοιτά ακόμα στο σχολείο/πανεπιστήμιο, αναφέρετε την ιδιότητα του «μαθητή» ως το επάγγελμά του.

Μέλος της οικογένειας 1

Ονοματεπώνυμο και τίτλος

Συγγενική σχέση με τον Κάτοχο του συμβολαίου

Φύλο ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

Ημερομηνία γέννησης

H	H	M	M	E	E	E	E

Εθνικότητα

Κύρια χώρα διαμονής

Επάγγελμα

Μέλος της οικογένειας 2

Ονοματεπώνυμο και τίτλος

Συγγενική σχέση με τον Κάτοχο του συμβολαίου

Φύλο ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

Ημερομηνία γέννησης

H	H	M	M	E	E	E	E

Εθνικότητα

Κύρια χώρα διαμονής

Επάγγελμα

Μέλος της οικογένειας 3

Ονοματεπώνυμο και τίτλος

Συγγενική σχέση με τον Κάτοχο του συμβολαίου

Φύλο ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

Ημερομηνία γέννησης

H	H	M	M	E	E	E	E

Εθνικότητα

Κύρια χώρα διαμονής

Επάγγελμα

Μέλος της οικογένειας 4

Ονοματεπώνυμο και τίτλος

Συγγενική σχέση με τον Κάτοχο του συμβολαίου

Φύλο ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

Ημερομηνία γέννησης

H	H	M	M	E	E	E	E

Εθνικότητα

Κύρια χώρα διαμονής

Επάγγελμα

4 Απόρρητο ιατρικό ιστορικό

Οφείλετε να επιδείξετε τη δέουσα επιμέλεια και να δώσετε ακριβείς και πλήρεις απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις.

Αν δεν λάβετε εύλογη μέριμνα και οι πληροφορίες που θα παράσχετε είναι ανακριβείς ή ελλιπείς, τότε, ανάλογα με τις περιστάσεις, ενδέχεται να προχωρήσουμε σε μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες ενέργειες:

- Ακύρωση του συμβολαίου σας
- Κήρυξη του συμβολαίου σας ως άκυρου (θα θεωρηθεί ότι το συμβόλαιό σας δεν ήταν ποτέ σε ισχύ)
- Επιβολή διαφορετικών όρων κάλυψης ή

Επίσης, η ασφαλιστική εταιρεία σας μπορεί να αρνηθεί να επεξεργαστεί το σύνολο ή μέρος οποιασδήποτε απαίτησης ή να μειώσει το πληρωτέο ποσό τυχόν απαιτήσεων.

Ενδέχεται να σας ζητήσουμε να δώσετε περαιτέρω πληροφορίες ή/και τεκμηρίωση για να διασφαλιστεί ότι οι πληροφορίες που παρέχετε κατά τη σύναψη του συμβολαίου, την πραγματοποίηση αλλαγών ή την ανανέωση του συμβολαίου σας ήταν ακριβείς και πλήρεις.

Μην υποθέσετε ότι θα πραγματοποιήσουμε έρευνα, θα ελέγξουμε τα αρχεία μας ή θα επικοινωνήσουμε με οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο, για να ελέγξουμε τις απαντήσεις στις ερωτήσεις που περιέχονται στο παρόν έντυπο πρότασης ασφαλίσεως ή οποιαδήποτε από τις πληροφορίες που παρέχονται ως απάντηση σε αυτές τις ερωτήσεις. Παραμένει δική σας ευθύνη να συμπληρώσετε το έντυπο πρότασης ασφαλίσεως και να ελέγξετε ότι οι πληροφορίες που εμπεριέχονται είναι ακριβείς και πλήρεις.

Οφείλετε να μας ενημερώσετε γραπτώς για τυχόν αλλαγές στις υποβαλλόμενες πληροφορίες πριν από την έναρξη του νέου συμβολαίου.

Σημείωση: Ως «θεραπεία» νοούνται οι χειρουργικές ή ιατρικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένων των συνταγογραφούμενων φαρμάκων) οι οποίες απαιτούνται για τη διάγνωση, την ανακούφιση ή τη θεραπεία νόσου, ασθένειας ή τραυματισμού.

Συνέχιση εξαιρέσεων ιατρικής κάλυψης κατά τη μετάβαση από ένα άλλο προϊόν ιδιωτικής ιατρικής ασφάλισης

4.1 Εσείς ή οποιοδήποτε άτομο που συμπεριλαμβάνεται στην παρούσα αίτηση έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο ή συμβουλευτεί ιατρό κατά τους τελευταίους 12 μήνες;

Στις απαντήσεις σας συμπεριλάβετε τα εξής:

- Όνομα μέλους
- Συμπτώματα / Κατάσταση / Διάγνωση
- Το μέρος του σώματος που αντιμετώπισε πρόβλημα (π.χ. δεξιό πόδι, αριστερό μάτι)
- Ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και σοβαρότητα συμπτωμάτων, ημερομηνία τελευταίων συμπτωμάτων
- Πληροφορίες για θεραπευτική αγωγή ή θεραπεία που έχετε λάβει στο παρελθόν ή που λαμβάνετε τη δεδομένη στιγμή
- Τρέχουσα κατάσταση (π.χ. πλήρης ανάρρωση/σε εξέλιξη)

☐ Όχι ► Συνεχίστε με την ερώτηση 4.2 ☐ Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες εδώ

Εάν χρειάζεστε επιπλέον χώρο ► χρησιμοποιήστε την ενότητα 6 Πρόσθετες πληροφορίες

4.2 Εσείς ή οποιοδήποτε άλλο άτομο που συμπεριλαμβάνεται στην παρούσα αίτηση, έχετε προγραμματίσει, ή εκκρεμεί για εσάς, οποιαδήποτε θεραπεία, επίσκεψη, έλεγχος ή διαγνωστική εξέταση; (συμπεριλαμβανομένης συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής)

Στις απαντήσεις σας συμπεριλάβετε τα εξής:

- Όνομα μέλους
- Συμπτώματα / Κατάσταση/ Διάγνωση
- Το μέρος του σώματος που αντιμετώπισε πρόβλημα (π.χ. δεξιό πόδι, αριστερό μάτι)
- Ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και σοβαρότητα συμπτωμάτων, ημερομηνία τελευταίων συμπτωμάτων
- Πληροφορίες για θεραπευτική αγωγή ή θεραπεία που έχετε λάβει στο παρελθόν ή που λαμβάνετε τη δεδομένη στιγμή
- Τρέχουσα κατάσταση (π.χ. πλήρης ανάρρωση/σε εξέλιξη)

☐ Όχι ► Συνεχίστε με την ερώτηση 4.3 ☐ Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες εδώ

Εάν χρειάζεστε επιπλέον χώρο ► χρησιμοποιήστε την ενότητα 6 Πρόσθετες πληροφορίες

4.3 Κατά την τελευταία πενταετία, έχει οποιοδήποτε άτομο που πρόκειται να ασφαλιστεί στο πλαίσιο του παρόντος συμβολαίου υποβληθεί σε θεραπεία ή λάβει θεραπεία για οποιαδήποτε μορφή καρδιακής πάθησης ή προβλήματος, ισχαιμικού επεισοδίου, διαβήτη, καρκίνου, ψυχικής νόσου, συμπεριλαμβανομένης κατάθλιψης, για την οποία απαιτήθηκε παραπομπή σε ψυχίατρο;

Στις απαντήσεις σας συμπεριλάβετε τα εξής:

- Όνομα μέλους
- Συμπτώματα / Κατάσταση / Διάγνωση
- Το μέρος του σώματος που αντιμετώπισε πρόβλημα (π.χ. δεξιό πόδι, αριστερό μάτι)
- Ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και σοβαρότητα συμπτωμάτων, ημερομηνία τελευταίων συμπτωμάτων
- Πληροφορίες για θεραπευτική αγωγή ή θεραπεία που έχετε λάβει στο παρελθόν ή που λαμβάνετε τη δεδομένη στιγμή
- Τρέχουσα κατάσταση (π.χ. πλήρης ανάρρωση/σε εξέλιξη)

Σημαντικό: Αν έχετε απαντήσει αρνητικά και στις τρεις παραπάνω ερωτήσεις, τότε πληρείτε τις προϋποθέσεις για να ενταχθείτε στο πλαίσιο της συνέχισης εξαιρέσεων ιατρικής κάλυψης. Αυτό σημαίνει ότι μπορείτε να μεταφέρετε τους ίδιους όρους ιατρικής ασφάλισης που ίσχυαν στην υφιστάμενη ασφαλιστική εταιρείας σας, τηρουμένων των όρων και των προϋποθέσεων του προγράμματος της AXA Global Healthcare. Αν έχετε απαντήσει θετικά σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις, τότε ενδέχεται σε ορισμένες περιπτώσεις να συμπεριλάβουμε νέες εξαιρέσεις ιατρικής κάλυψης.

Επισυνάψτε ένα αντίγραφο του ισχύοντος πιστοποιητικού ιατρικής ασφάλισής σας. Θα το χρειαστούμε για την επεξεργασία της αίτησής σας.

☐ Όχι ► Συνεχίστε στην ενότητα 5 **Επιλογές πληρωμής**

☐ Ναι Αναφέρετε λεπτομέρειες εδώ

Εάν χρειάζεστε επιπλέον χώρο ► χρησιμοποιήστε την ενότητα 6 **Πρόσθετες πληροφορίες**

5 Επιλογές πληρωμής

5.1 Πώς θα θέλατε να πληρώσετε τα ασφάλιστρά σας;

i Σημειώστε μόνο ένα πλαίσιο.

Αν επιλέξετε να πληρώσετε σε ετήσια βάση, θα λάβετε έκπτωση 5% στα ασφάλιστρά σας.

Οι πάγιες εντολές πληρωμής γίνονται αποδεκτές μόνο από τραπεζικούς λογαριασμούς σε στερλίνες (£), με έγκυρο κωδικό - UK Sort Code τράπεζας Ηνωμένου Βασιλείου.

Μέσω πάγιας εντολής πληρωμής

- ☐ Σε ετήσια βάση
- ☐ Σε τριμηνιαία βάση
- ☐ Σε μηνιαία βάση

► Τώρα συμπληρώστε την ενότητα **ΑΧ Πάγια εντολή πληρωμής** στην επόμενη σελίδα.

Με πιστωτική κάρτα/χρεωστική κάρτα

- ☐ Σε ετήσια βάση
- ☐ Σε τριμηνιαία βάση
- ☐ Σε μηνιαία βάση

► Για να πραγματοποιήσετε πληρωμή με πιστωτική ή χρεωστική κάρτα, καλέστε μας στον αριθμό **+44 (0) 1892 556274** και επιλέξτε **4**. Οι γραμμές είναι ανοιχτές από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή, 8 π.μ. έως 6 μ.μ., και Σάββατο, 9 π.μ. έως 5 μ.μ. (ώρα ΗΒ).

Μέσω επιταγής

- ☐ Σε ετήσια βάση
- ☐ Σε τριμηνιαία βάση

► Τώρα συμπληρώστε την ενότητα 7 **Δήλωση**.

Μέσω τραπεζικού εμβάσματος

- ☐ Σε ετήσια βάση
- ☐ Σε τριμηνιαία βάση

► Τώρα συμπληρώστε την ενότητα 7 **Δήλωση**.

5 Επιλογές πληρωμής συνέχεια

Εντολή προς την τράπεζα για καταβολή πληρωμής μέσω πάγιας εντολής



Συμπληρώστε ολόκληρο το έντυπο (συμπεριλαμβανομένου του πλαισίου επίσημης χρήσης, αν απαιτείται) και αποστείλτε το προς:

**AXA - Global Healthcare,
Phillips House, Crescent Road,
Tunbridge Wells, Kent TN1 2PL.**

Όνομα/ονόματα του/των κατόχου/κατόχων του λογαριασμού:

Αριθμός τραπεζικού λογαριασμού:

Κωδικός υποκαταστήματος:

Όνομα και πλήρης ταχυδρομική διεύθυνση της τράπεζάς σας

Υπόψιν κ. Διευθυντή:	Τράπεζα
Διεύθυνση:	
	Ταχ. κώδικας:

Αναφορά: (Αριθ. συμμετοχής AXA)

Αριθμός χρήστη υπηρεσίας:

Αυτό δεν αποτελεί μέρος της εντολής προς την τράπεζά σας.

Συμπληρώστε αυτό το πλαίσιο αν πραγματοποιείτε πληρωμή εκ μέρους του κατόχου του ασφαλιστηρίου.

Όνομα και διεύθυνση του κατόχου του λογαριασμού:

Αριθ. τηλεφώνου:

Ονοματεπώνυμο κατόχου ασφαλιστηρίου:

Εντολή προς την τράπεζα

Παρακαλείσθε να πληρώσετε την AXA Global Healthcare (UK) Ltd μέσω άμεσης χρέωσης του λογαριασμού που αναγράφεται λεπτομερώς στην παρούσα εντολή, με την επιφύλαξη των εγγυήσεων που διασφαλίζονται από την Εγγύηση άμεσης χρέωσης. Κατανοώ ότι η AXA Global Healthcare (EU) Ltd ενδέχεται να κρατήσει την παρούσα εντολή και, εάν το πράξει, οι λεπτομέρειες θα αποσταλούν με ηλεκτρονική μορφή στην τράπεζά μου.

Υπογραφή/ές:

Ημερομηνία:

H	H	M	M	E	E	E	E

Οι τράπεζες ενδέχεται να μην αποδεχτούν εντολές άμεσης χρέωσης για ορισμένους τύπους λογαριασμού

Αυτή η εγγύηση πρέπει να αποσπασθεί και να φυλαχθεί από τον υπόχρεο.

Εγγύηση πάγιας εντολής



- Η παρούσα Εγγύηση προσφέρεται από όλες τις τράπεζες που δέχονται εντολές πληρωμής μέσω άμεσης χρέωσης.
- Αν υπάρξουν αλλαγές στο ποσό, την ημερομηνία και τη συχνότητα της άμεσης χρέωσής σας.
- Η AXA Global Healthcare (UK) Limited θα σας ειδοποιήσει 5 εργάσιμες ημέρες πριν από τη χρέωση του λογαριασμού σας ή όπως άλλως συμφωνήθηκε. Αν ζητήσετε από την Global Healthcare (UK) Limited να εισπράξει μια πληρωμή, θα σας δοθεί βεβαίωση του ποσού και της ημερομηνίας κατά τη στιγμή του αιτήματος.
- Αν γίνει κάποιο λάθος στην πληρωμή της άμεσης χρέωσης, είτε από την AXA Global Healthcare (UK) Limited είτε από την τράπεζά σας, δικαιούστε πλήρη και άμεση επιστροφή του ποσού που καταβλήθηκε από την τράπεζα.
- Αν λάβετε επιστροφή χρημάτων που δεν δικαιούστε, θα χρειαστεί να επιστρέψετε το ποσό, όταν σας ζητηθεί από την AXA Global Healthcare (UK) Limited.
- Μπορείτε να ακυρώσετε μια άμεση χρέωση οποιαδήποτε στιγμή, επικοινωνώντας απλώς με την τράπεζα. Ενδέχεται να απαιτείται έγγραφη βεβαίωση. Παρακαλείσθε επίσης να μας ειδοποιήσετε.

6 Πρόσθετες πληροφορίες

Χρησιμοποιήστε αυτή την ενότητα, εάν χρειάζεστε περισσότερο χώρο για να απαντήσετε σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις.

Εάν δεν χρειάζεστε περισσότερο χώρο ► Τώρα συνεχίστε στην ενότητα **7 Δήλωση**.

Στις απαντήσεις σας συμπεριλάβετε τα εξής:

- Αριθμό ερώτησης
- Όνομα μέλους

7 Δήλωση

Παρακαλείσθε να διαβάσετε την Ειδοποίηση προστασίας δεδομένων και τις επακόλουθες δηλώσεις προσεκτικά, και να υπογράψετε παρακάτω μόνο αν τις κατανοείτε και τις αποδέχεστε.

Δήλωση ιδιωτικού απορρήτου

i Πριν υπογράψετε και επιστρέψετε το παρόν έντυπο, παρακαλείσθε να δείξετε τη δήλωση σε οποιοδήποτε άτομο άνω των 16 ετών επιθυμείτε να καλύψετε με το εν λόγω πρόγραμμα ή να το ενημερώσετε για το περιεχόμενό της.

i Με την υπογραφή και την επιστροφή του παρόντος εντύπου, δηλώνετε ότι έχετε δικαίωμα να δώσετε συγκατάθεσή εκ μέρους οποιουδήποτε μέλους της οικογένειάς που καλύπτεται από το συμβολαίο σας, μόνοι σας και για λογαριασμό τους και συναινείτε στη χρήση των προσωπικών πληροφοριών, όπως ορίζεται στη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων.

Οι προσωπικές πληροφορίες σας

Το ασφαλιστήριο συμβολαίο σας παρέχεται από την AXA Insurance dac και υπόκειται σε διαχείριση από την AXA Global Healthcare (από κοινού AXA). Αυτή είναι μια σύνοψη των αντίστοιχων Πολιτικών απορρήτου που μπορείτε να βρείτε στις ιστοσελίδες μας: axaglobalhealthcare.com/en/about-us/privacy-and-legal και axaglobalhealthcare.com/privacy-ie. Βεβαιωθείτε ότι όλοι όσοι καλύπτονται από αυτό το ασφαλιστήριο συμβολαίο έχουν διαβάσει αυτήν τη σύνοψη και το σύνολο των πολιτικών απορρήτου στις ιστοσελίδες μας axaglobalhealthcare.com/privacy-ie και axaglobalhealthcare.com/en/about-us/privacy-and-legal. Εάν θέλετε αντίγραφο του πλήρους κειμένου των Πολιτικών Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων μας, καλέστε μας στο +44 (0) 1892 503 856 και θα σας αποστείλουμε ένα. Σας διαβεβαιώνουμε ότι η AXA δεν προβαίνει ποτέ στην πώληση προσωπικών δεδομένων των μελών της σε τρίτα μέρη. Θα χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες σας μόνο με τρόπους οι οποίοι είναι αποδεκτοί από τον νόμο, στους οποίους περιλαμβάνεται μόνο η συλλογή όσων πληροφοριών χρειαζόμαστε. Θα ζητήσουμε τη συναίνεσή σας για την επεξεργασία πληροφοριών, όπως ιατρικών δεδομένων, όταν είναι απαραίτητο. Συλλέγουμε πληροφορίες για εσάς και τα μέλη της οικογένειάς σας που καλύπτονται από το πρόγραμμά σας από εσάς, τα εν λόγω μέλη της οικογένειάς σας, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τον εργοδότη σας (εάν συμμετέχετε σε εταιρικό πρόγραμμα), τον ασφαλιστή σας, εάν έχετε, και τρίτους παρόχους υπηρεσιών. Επεξεργαζόμαστε τις πληροφορίες σας κυρίως για τη διαχείριση της συμμετοχής σας στο πρόγραμμα και των απαιτήσεών σας, συμπεριλαμβανομένης της διερεύνησης περιπτώσεων απάτης. Έχουμε επίσης τη νομική υποχρέωση να προσωπάζουμε σε ενέργειες όπως την αναφορά ύποπτων εγκλημάτων στις υπηρεσίες επιβολής του νόμου. Επίσης, προβαίνουμε σε ορισμένες διαδικασίες επεξεργασίας επειδή μας βοηθούν να διευθύνουμε την επιχείρησή μας. Σε αυτές τις διαδικασίες συμπεριλαμβάνεται ενδεικτικά η έρευνα, η συλλογή περισσότερων πληροφοριών σχετικά με εσάς και η στατιστική ανάλυση, προκειμένου να μπορούμε να λαμβάνουμε αποφάσεις σχετικά με τα ασφαλιστήρια και το μάρκετινγκ. Ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε πληροφορίες σας σε άλλα άτομα ή οργανισμούς. Αυτό μπορεί, για παράδειγμα, να γίνει για:

- Τη διαχείριση των απαιτήσεών σας, π.χ. για τη συνεννόηση με τους ιατρούς σας.
- Τη διευκόλυνση της διάθεσης παροχών ή τη διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας.
- Την αποφυγή και τον εντοπισμό αξιολογικών πράξεων και ιατρικών αμελειών μέσω της επικοινωνίας με άλλους ασφαλιστές και σχετικούς οργανισμούς.
- Την παροχή δυνατότητας σε άλλες εταιρείες της AXA να επικοινωνήσουν μαζί σας, εφόσον έχουμε τη συγκατάθεσή σας. Για να είμαστε σε θέση να διαχειριστούμε το συμβολαίο σας, ενδέχεται να μεταφέρουμε και να έχουμε πρόσβαση στις πληροφορίες σας από χώρες σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου, συμπεριλαμβανομένης της Ινδίας και των ΗΠΑ, στις οποίες λαμβάνουν χώρα διοικητικές δραστηριότητες, και της Ελβετίας, όπου η AXA διατηρεί ευρωπαϊκό κέντρο δεδομένων. Πριν το κάνουμε αυτό, θα διασφαλίσουμε ότι τα δεδομένα σας είναι ασφαλή και ότι γνωστοποιούνται μόνο σε εξουσιοδοτημένα άτομα, μόνο για την εξυπηρέτηση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ή της απαίτησής σας. Οποιαδήποτε εσωτερική διαβίβαση των δεδομένων σας θα πραγματοποιείται μόνο σύμφωνα με τους σχετικούς νόμους και κανονισμούς για προστασίας δεδομένων. Όταν η χρήση των πληροφοριών σας από μέρους μας βασίζεται στη συναίνεσή σας, μπορείτε να αποσύρετε τη συναίνεσή σας, αλλά, εάν το κάνετε, ενδέχεται να μην μπορούμε να επεξεργαστούμε απαιτήσεις ή να διαχειριστούμε το πρόγραμμά σας κατάλληλα. Θα σας ενημερώσουμε σε περίπτωση παραβίασης δεδομένων και γνωστοποίησης των προσωπικών και ιατρικών πληροφοριών σας σε μη εξουσιοδοτημένα μέρη. Η ειδοποίηση θα παρέχεται εντός 72 ωρών από την επιβεβαίωση του συμβάντος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, έχετε δικαίωμα να μας ζητήσετε να παύσουμε την επεξεργασία των πληροφοριών σας ή να μας πείτε ότι δεν θέλετε να λαμβάνετε ορισμένες πληροφορίες από εμάς, όπως ανακοινώσεις επιχειρηματικής προώθησης. Μπορείτε να μας ζητήσετε αντίγραφο των πληροφοριών που κατέχουμε για εσάς και να μας ζητήσετε να διορθώσουμε πληροφορίες που είναι λανθασμένες. Αν θέλετε να ζητήσετε την άσκηση οποιοδήποτε από τα δικαιωμάτά σας, καλέστε μας στο +44 (0) 1892 503 856 ή γράψτε μας.

Κανονιστικές απαιτήσεις στη Γερμανία

Κατανοώ ότι το παρόν ασφαλιστήριο δεν πληροί τις απαιτήσεις του γερμανικού νόμου για τις συμβάσεις ασφάλισης και, επομένως, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκπλήρωση οποιασδήποτε απαίτησης διατήρησης υποχρεωτικής ή υποκατάστατης ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στη Γερμανία. Είναι κατάλληλο μόνο για άτομα που ζητούν πρόσθετη ή συμπληρωματική κάλυψη. Κατανοώ περαιτέρω ότι εάν εγώ ή οποιοδήποτε μέλος της οικογένειάς που καλύπτεται από το παρόν ασφαλιστήριο υποχρεούται να διατηρεί κάλυψη που πληροί τις κανονιστικές απαιτήσεις στη Γερμανία και δεν διαθέτει επί του παρόντος τέτοια κάλυψη, το εν λόγω άτομο θα πρέπει να συνάψει την εν λόγω ασφάλιση επιπρόσθετα στο παρόν ασφαλιστήριο. Δηλώνω ότι ούτε εγώ ούτε οποιοδήποτε μέλος της οικογένειάς που καλύπτεται από το παρόν ασφαλιστήριο προτίθεται να χρησιμοποιήσει το παρόν ασφαλιστήριο για την εκπλήρωση οποιασδήποτε υποχρέωσης διατήρησης υποχρεωτικής ή υποκατάστατης ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στη Γερμανία και ότι το παρόν ασφαλιστήριο δεν συνάπτεται για αυτόν τον σκοπό.

Δήλωση

- α) Το ασφαλιστήριο συμβολαίο σας θα παρέχεται από την AXA Insurance dac και θα υπόκειται στη διαχείριση της εταιρείας AXA Global Healthcare (UK) Limited.
- β) Δηλώνω ότι:
- εξ όσων γνωρίζω και πιστεύω, οι δηλώσεις στο έντυπο της παρούσας αίτησης είναι πλήρεις, αληθείς και ορθές
 - θα διαβάσω το χειρίδιό του συμβολαίου όταν το λάβω και αποδέχομαι ότι δεσμεύομαι από αυτό εκτός εάν ακυρώσω την εγγραφή μου εντός 14 ημερών από την ημερομηνία αποδοχής της αίτησής μου.
- Αποδέχομαι ότι η αποδοχή της αίτησής μου θα πραγματοποιηθεί με βάση αυτές τις δηλώσεις.
- γ) Κατανοώ ότι εάν υπάρχουν αλλαγές στα δεδομένα που έχω παράσχει πριν από την ημερομηνία έναρξης ισχύος του συμβολαίου, θα πρέπει να σας ενημερώσω άμεσα εγγράφως.
- δ) Κατανοώ ότι, από την έναρξη ισχύος του συμβολαίου, δεν θα πληρώσετε για τη θεραπεία οποιασδήποτε ιατρικής πάθησης (ή σχετικής ιατρικής πάθησης) από την οποία έπασχε κάποιο μέλος όταν εντάχθηκε στο συμβολαίο εκτός, εάν η εν λόγω ιατρική πάθηση παρουσιάζεται πλήρως στην παρούσα αίτηση και γίνεται αποδεκτή από εσάς. Αυτό περιλαμβάνει οποιαδήποτε τέτοια ιατρική πάθηση ή συμπτώματα, ανεξαρτήτως εάν έχει ληφθεί θεραπεία καθώς και τυχόν προηγούμενη ιατρική πάθηση, η οποία επαναλαμβάνεται, ή την οποία θα πρέπει λογικά να γνωρίζα, ακόμα και αν δεν είχα επισκεφθεί ιατρό.
- ε) Κατανοώ ότι, ως νόμιμο κάτοχο αυτού του συμβολαίου, όλη η αλληλογραφία σχετικά με την παρούσα αίτηση, συμπεριλαμβανομένης της αλληλογραφίας με θέμα τις απαιτήσεις, θα αποστέλλεται σε εμένα, εκτός εάν σας ζητήσω να πράξετε διαφορετικά. Κατανοώ επίσης ότι τα έγγραφα σχετικά με το συμβολαίο, οι γραπτές ανακοινώσεις και οι λεπτομέρειες συμμετοχής θα εκδοθούν στην αγγλική γλώσσα, εκτός αν από κοινού έχουμε συμφωνήσει, γραπτώς, να επικοινωνούμε σε διαφορετική γλώσσα.
- στ) Κατανοώ ότι κάποιες χώρες απαιτούν από τους κατοίκους, είτε είναι μετανάστες είτε όχι, να έχουν κάλυψη υγείας από τοπικό πάροχο ή να διατηρούν κάλυψη που να πληροί κάποιες υποχρεωτικές προϋποθέσεις και ότι η κάλυψη που παρέχεται από εσάς ενδέχεται να μην πληροί αυτές τις συγκεκριμένες προϋποθέσεις και για τον λόγο αυτό ενδέχεται να απαιτείται επιπρόσθετη κάλυψη από έναν τοπικό πάροχο. Κατανοώ περαιτέρω ότι σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται να υπάρχουν συνέπειες, με τη μορφή φορολογικών κυρώσεων ή άλλες, εάν κάποιος κάτοικος δεν διαθέτει την απαιτούμενη κάλυψη από τοπικό πάροχο πέραν του διεθνούς συμβολαίου ιατρικής ασφάλισης. Αν έχω οποιονδήποτε προβληματισμό σχετικά με τυχόν πρόσθετες απαιτήσεις κάλυψης στην κύρια χώρα διαμονής μου (όπως ορίζεται στην ενότητα 2 **Πληροφορίες σχετικά με τον Κάτοχο του συμβολαίου**), κατανοώ ότι είναι δική μου ευθύνη να απευθυνθώ στις τοπικές αρχές για να εξακριβώσω εάν υπάρχουν τυχόν περαιτέρω απαιτήσεις υγειονομικής περίθαλψης με τις οποίες θα πρέπει να συμμορφωθώ.
- ζ) Με την υπογραφή και την επιστροφή του παρόντος εντύπου, βεβαιώνω ότι οι δηλώσεις που περιλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση είναι ακριβείς και ότι είμαι εξουσιοδοτημένος να συνάψω το παρόν συμβολαίο εξ ονόματός οποιωνδήποτε μελών της οικογένειάς μου.

Υπογραφή του Κατόχου του συμβολαίου

Ημερομηνία

(Αυτό το έντυπο πρέπει να υπογραφεί ιδιογράφως. Οι ηλεκτρονικές υπογραφές δεν γίνονται αποδεκτές.)

Η Η Μ Μ Ε Ε Ε Ε