



Διεθνές πρόγραμμα υγείας

Με την υπογραφή της AXA PPP healthcare Limited

Ατομικό έντυπο αίτησης

Ανάληψη ασφαλιστικού κινδύνου (FMU)

■ Αν συμπληρώνεται αυτό το έντυπο ιδιογράφως, χρησιμοποιήστε **MAYPO ΜΕΛΑΝΙ** και **ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ** σε όλο το έγγραφο

■ Για να μας βοηθήσετε να επιταχύνουμε τη διεκπεραίωση της αίτησής σας, δώστε μας τον αριθμό προσφοράς σας, αν διατίθεται

Q

Μπορείτε να τον βρείτε στην επιστολή προσδιορισμού τιμής

■ Αν είχατε ποτέ ασφαλιστήριο συμβόλαιο AXA PPP International ή AXA PPP healthcare, δώστε μας επίσης τον αριθμό μέλους (ή πελάτη)

Μπορείτε να τον βρείτε στην κάρτα μέλους

1 Σχετικά με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο

Για ολοκληρωμένες λεπτομέρειες σχετικά με τους διαφορετικούς διαθέσιμους τύπου κάλυψης, τις προαιρετικές αναβαθμίσεις που μπορείτε να συμπεριλάβετε και τα επίπεδα ίδιας συμμετοχής, παρακαλούμε επισκεφθείτε τη διεύθυνση axaglobalhealthcare.com ή ρωτήστε τον ασφαλιστικό σας πράκτορα.

1.1 Σε ποια ημερομηνία θα θέλατε να ξεκινήσει η ασφαλιστική σας κάλυψη;

H	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Αν θέλετε το ασφαλιστήριο συμβόλαιο να ξεκινήσει αμέσως, η ημερομηνία μπορεί να οριστεί αναδρομικά εντός 3 εβδομάδων από τη στιγμή που λάβαμε την αίτησή σας.

1.2 Τι είδους κάλυψη χρειάζεστε;

■ Επιλέξτε μόνο έναν τύπο κάλυψης και σημειώστε τυχόν προαιρετικές αναβαθμίσεις που θα θέλατε να συμπεριλάβετε.

Διαφορετικές προαιρετικές αναβαθμίσεις είναι διαθέσιμες ανάλογα με τον τύπο ασφαλιστικής κάλυψης και θα ισχύουν για όλα τα μέλη που καλύπτονται από το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

- Prestige Plus**
- Prestige** Οδοντιατρική κάλυψη
- Comprehensive** Οδοντιατρική κάλυψη Ταξιδιωτική ασφάλιση
- Standard** Πρωτοβάθμια περίθαλψη (κάλυψη εξωτερικού ασθενή)
 Ταξιδιωτική ασφάλιση
- Foundation** Πρωτοβάθμια περίθαλψη (κάλυψη εξωτερικού ασθενή)

1.3 Χρειάζεστε το ασφαλιστήριο συμβόλαιο να καλύπτει θεραπείες εντός των Η.Π.Α.;

Όχι Ναι

1.4 Σε ποιο νόμισμα θα θέλατε να πληρώσετε τα ασφάλιστρά σας;

£ Στερλίνες \$ Δολάρια Η.Π.Α. € Ευρώ

■ Επιλέξτε μόνο ένα νόμισμα

1.5 Τι επίπεδο ίδιας συμμετοχής χρειάζεστε;

■ Επιλέξτε μόνο ένα επίπεδο ίδιας συμμετοχής
Η ίδια συμμετοχή θα εφαρμοστεί στο ίδιο νόμισμα που έχετε επιλέξει για την πληρωμή των ασφαλιστρών σας στην ερώτηση 1.4

- Χωρίς ίδια συμμετοχή
- | | | | |
|------------------------------------|---------|----------|---------|
| <input type="checkbox"/> Επίπεδο 1 | 100 £ | 160 \$ | 125 € |
| <input type="checkbox"/> Επίπεδο 2 | 250 £ | 400 \$ | 320 € |
| <input type="checkbox"/> Επίπεδο 3 | 500 £ | 800 \$ | 640 € |
| <input type="checkbox"/> Επίπεδο 4 | 1.000 £ | 1.600 \$ | 1,275 € |
| <input type="checkbox"/> Επίπεδο 5 | 2.000 £ | 3.200 \$ | 2,550 € |

Τα ακόλουθα επίπεδα ίδιας συμμετοχής είναι διαθέσιμα στα προγράμματα Standard χωρίς προαιρετικό όφελος μόνο για τους εξωτερικούς ασθενείς:

- | | | | |
|------------------------------------|----------|-----------|----------|
| <input type="checkbox"/> Επίπεδο 6 | 5.000 £ | 8.000 \$ | 6,375 € |
| <input type="checkbox"/> Επίπεδο 7 | 10.000 £ | 16.000 \$ | 12,750 € |

Σημειώσεις που θα σας βοηθήσουν να συμπληρώσετε την αίτησή σας

Στόχος μας είναι να καταστεί όσο το δυνατόν πιο εύκολη για εσάς η υποβολή αίτησης για ασφάλιση υγείας, για αυτό διαβάστε τις ακόλουθες σημειώσεις πριν ξεκινήσετε. Αν έχετε ερωτήσεις, παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον ασφαλιστικό σας πράκτορα ή καλέστε τη γραμμή βοήθειας στον αριθμό **+44 (0) 1892 508 800** και θα χαρούμε να σας βοηθήσουμε. Το τηλεφωνικό κέντρο είναι διαθέσιμο από Δευτέρα έως Παρασκευή, 8:00 - 17:00 (ώρα Ηνωμένου Βασιλείου).

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

Το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας παρέχεται από την AXA PPP healthcare Limited ("AXA PPP"). Η AXA Global Healthcare (UK) Limited ενεργεί για λογαριασμό της AXA PPP με στόχο την αποδοχή και τη διαχείριση του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

✗ Μην χρησιμοποιήσετε αυτό το έντυπο αν αλλάζετε από άλλη ασφαλιστική εταιρεία, μεταφέρετε ή αναβαθμίζετε ένα υπάρχον ασφαλιστήριο συμβόλαιο μαζί μας ή αν έχετε επιλέξει ασφάλιση Moratorium στο ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας.

- Φροντίστε να παράσχετε ακριβείς και πλήρεις απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις για όλα τα μέλη που πρόκειται να ασφαλιστούν σε αυτό το πρόγραμμα. Αυτό θα μας βοηθήσει να αποφύγουμε οποιαδήποτε καθυστέρηση στην επεξεργασία της αίτησής σας.
- Αν δεν απαντήσετε με ειλικρίνεια και ακρίβεια, αυτό είναι πολύ πιθανό να σημαίνει ότι μια απαίτησή σας θα απορριφθεί και το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας ενδέχεται να ακυρωθεί.
- Το πρόσωπο που κατονομάζεται στην ενότητα **2 Σχετικά με τον συμβαλλόμενο** θα είναι ο ασφαλιζόμενος και νόμιμος κάτοχος αυτού του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Αν αυτό το ασφαλιστήριο συμβόλαιο είναι μόνο για ένα παιδί ή για παιδιά, το πρόσωπο που κατονομάζεται στην ενότητα **2 Σχετικά με τον συμβαλλόμενο** δεν έχει δικαίωμα κάλυψης βάσει αυτού του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.
- Βεβαιωθείτε ότι έχετε άδεια για να μας παράσχετε όλα τα ιατρικά στοιχεία όλων των μελών της οικογένειάς σας που θέλετε να προσθέσετε σε αυτό το ασφαλιστήριο συμβόλαιο.
- Ορισμένες χώρες απαιτούν από τους κατοίκους τους, είτε πρόκειται για ομογενείς είτε για άλλες περιπτώσεις, να αποκτήσουν ασφαλιστική κάλυψη υγείας μέσω ενός τοπικού παρόχου ή να έχουν κάλυψη που ικανοποιεί ορισμένες υποχρεωτικές απαιτήσεις. Η παρούσα κάλυψη ενδέχεται να μην ανταποκρίνεται στις συγκεκριμένες απαιτήσεις και ως εκ τούτου ενδέχεται να χρειαστεί πρόσθετη κάλυψη. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται να υπάρξουν συνέπειες με τη μορφή φορολογικών κυρώσεων ή άλλη μορφή, όταν ένας κάτοικος δεν κατέχει την απαιτούμενη τοπική κάλυψη επιπλέον του διεθνούς ασφαλιστηρίου συμβολαίου ιατρικής κάλυψης. Αν έχετε προβληματισμούς σχετικά με οποιοδήποτε απαιτήσεις επιπρόσθετης κάλυψης στην κύρια χώρα διαμονής σας (όπως ορίζεται στην ενότητα **2 Σχετικά με τον συμβαλλόμενο**), πρέπει να συμβουλευτείτε τις τοπικές αρχές σχετικά με οποιοδήποτε επιπρόσθετες ασφαλιστικές απαιτήσεις, με τις οποίες υποχρεούστε να συμμορφωθείτε.

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

- Αν συμπληρώνετε αυτό το έντυπο σε ψηφιακή μορφή, εκτυπώστε το μόλις το συμπληρώσετε και υπογράψτε την ενότητα **7 Δήλωση** πριν μας το αποστείλετε.
- Αν έχετε έναν ασφαλιστικό πράκτορα που θα συμπληρώσει αυτό το έντυπο για λογαριασμό σας χρησιμοποιώντας τα στοιχεία που έχετε παράσχει, πρέπει να διαβάσετε όλες τις ερωτήσεις και απαντήσεις προσεκτικά, πριν υπογράψετε την ενότητα **7 Δήλωση** στο τέλος. Ο ασφαλιστικός σας πράκτορας ενεργεί για αυτόν τον σκοπό εξ ονόματός σας.
- Αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, χρησιμοποιήστε την ενότητα **6 Επιπρόσθετες πληροφορίες**.

Για να συμπληρώσετε το παρόν έντυπο, θα χρειαστείτε

- Στοιχεία φαρμακευτικής αγωγής ή θεραπείας που λαμβάνουν επί του παρόντος ή έχουν λάβει εντός των τελευταίων πέντε ετών όλα τα συμβαλλόμενα μέρη που θα ασφαλιστούν στο πλαίσιο του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου.
- Τα στοιχεία πληρωμής σας.

Αφού συμπληρώσετε την αίτησή σας

- Ελέγξτε τα στοιχεία σας προσεκτικά και βεβαιωθείτε ότι έχετε υπογράψει και προσθέσει την τρέχουσα ημερομηνία στην ενότητα **7 Δήλωση**.
- Μπορείτε να μας αποστείλετε συμπληρωμένες αιτήσεις μέσω email στη διεύθυνση intsales@axa.com, ωστόσο δεν μπορούμε να δεχτούμε ηλεκτρονικές υπογραφές και, ως εκ τούτου, πρέπει να εκτυπώσετε, να υπογράψετε και να σαρώσετε την ενότητα **7 Δήλωση**.
- Στείλτε μας το συμπληρωμένο έντυπο στη διεύθυνση AXA Global Healthcare (UK) Limited, Forest Road, Tunbridge Wells, Kent, TN2 5FE, UK.
- Κρατήστε αρχείο όλων των στοιχείων που προσκομίσατε στο πλαίσιο της παρούσας αίτησης, συμπεριλαμβανομένων τυχόν επιστολών που μας αποστείλατε. 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 αναφερόμαστε τις λέξεις «εσείς» και «σας», εννοούμε τον συμβαλλόμενο και τα μέλη της οικογένειας που καλύπτονται από το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

«Εμείς», «εμάς» ή «μας»: Τα στοιχεία «εμείς», «εμάς» ή «μας» αναφέρονται στην AXA Global Healthcare (UK) Limited που ενεργεί για λογαριασμό της AXA PPP healthcare Limited.

2 Σχετικά με τον συμβαλλόμενο

Μην ξεχνάτε ότι πρέπει να χρησιμοποιήσετε **ΜΑΥΡΟ ΜΕΛΑΝΙ** και **ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ** σε όλο το έγγραφο

2.1 Ονοματεπώνυμο και τίτλος

Βεβαιωθείτε ότι έχετε δώσει όλα τα μεσαία ονόματα.

Κος Κα Δίδα

Άλλο (διευκρινίστε)

Όνομα/ονόματα ολογράφως

Επώνυμο

2.2 Φύλο

Άρρεν Θήλυ

2.3 Ημερομηνία γέννησης

D	D	M	M	Y	Y	Y	E
---	---	---	---	---	---	---	---

2.4 Εθνικότητα

2.5 Ποια είναι η κύρια χώρα διαμονής του συμβαλλόμενου;

Είναι η διεύθυνση στην οποία ο συμβαλλόμενος θα διαμένει για το μεγαλύτερο μέρος του έτους, μετά την έναρξη του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

2.6 Επάγγελμα

2.7 Διεύθυνση αλληλογραφίας

Είναι το μέρος όπου θα στείλουμε τα έγγραφα του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Παρακαλείσθε να δώσετε πλήρη στοιχεία διεύθυνσης, συμπεριλαμβανομένων του ταχυδρομικού κώδικα και της χώρας, όπου ισχύουν.

Ταχ. κώδικας

Χώρα

2.8 Στοιχεία επικοινωνίας

Συμπεριλάβετε τη χώρα και τους κωδικούς περιοχής, όπου ισχύουν.

Τηλέφωνο (ημέρα)

Τηλέφωνο (βράδυ)

Email

3 Επιπρόσθετα οικογενειακά μέλη που θα ασφαλιστούν

3.1 Τα παιδιά πρέπει να κατοικούν στην ίδια διεύθυνση με τον συμβαλλόμενο για να συμπεριληφθούν σε αυτό το πρόγραμμα.

Αν αυτό το πρόγραμμα είναι μόνο για ένα παιδί ή για παιδιά και δεν περιλαμβάνετε εσείς, επιλέξτε αυτό το πλαίσιο.

Σημειώστε: Αν επιλέξετε αυτό το πλαίσιο, επιβεβαιώνετε ότι δεν θα έχετε δικαίωμα κάλυψης βάση αυτού του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

3.2 Θα θέλατε να προσθέσετε ορισμένα οικογενειακά μέλη στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο;

Όχι ▶ Μεταβείτε στην ενότητα 4 **Εμπιστευτικό ιατρικό ιστορικό**

Ναι Δώστε τα στοιχεία όλων των μελών της οικογένειας παρακάτω.

Στα οικογενειακά μέλη του συμβαλλόμενου μπορούν να συμπεριληφθούν:

- σύζυγος/σύντροφος
- παιδιά (αν υπάρχουν).

Αν χρειαστεί να προσθέσετε περισσότερα από τέσσερα οικογενειακά μέλη, χρησιμοποιήστε την ενότητα 6 **Επιπρόσθετες πληροφορίες**

3.3 Οικογενειακά μέλη που θα ασφαλιστούν

i Όλα τα μέλη που καλύπτονται από το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο πρέπει να έχουν την ίδια κύρια χώρα κατοικίας και την ίδια διεύθυνση κατοικίας.

Αν το μέλος της οικογένειάς σας φοιτεί ακόμη στο σχολείο/πανεπιστήμιο, προσθέστε στο πεδίο του επαγγέλματος την ένδειξη 'σπουδαστής'.

Οικογενειακό μέλος 1

Όνοματεπώνυμο και τίτλος

Σχέση με τον συμβαλλόμενο

Φύλο

Άρρεν Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης

D	D	M	M	Y	Y	Y	E
---	---	---	---	---	---	---	---

Εθνικότητα

Κύρια χώρα διαμονής

Επάγγελμα

Οικογενειακό μέλος 2

Όνοματεπώνυμο και τίτλος

Σχέση με τον συμβαλλόμενο

Φύλο

Άρρεν Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης

H	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Εθνικότητα

Κύρια χώρα διαμονής

Επάγγελμα

Οικογενειακό μέλος 3

Όνοματεπώνυμο και τίτλος

Σχέση με τον συμβαλλόμενο

Φύλο

Άρρεν Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης

D	D	M	M	Y	Y	Y	E
---	---	---	---	---	---	---	---

Εθνικότητα

Κύρια χώρα διαμονής

Επάγγελμα

Οικογενειακό μέλος 4

Όνοματεπώνυμο και τίτλος

Σχέση με τον συμβαλλόμενο

Φύλο

Άρρεν Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης

H	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Εθνικότητα

Κύρια χώρα διαμονής

Επάγγελμα

4 Εμπιστευτικό Ιατρικό Ιστορικό

Πρέπει να λάβετε εύλογη μέριμνα για να παράσχετε ακριβείς και ολοκληρωμένες απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις.

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

- Να ακυρώσουμε το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας
- Να δηλώσουμε το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας άκυρο (σαν να μην είχε συναφθεί ποτέ)
- Να επιβάλουμε διαφορετικούς όρους κάλυψης, ή
- Να αρνηθούμε να διαχειριστούμε το σύνολο ή μέρος οποιασδήποτε απαίτησης ή να μειώσουμε το ποσό οποιονδήποτε πληρωμών κατόπιν απαίτησης.

Ενδέχεται να σας ζητήσουμε να προσκομίσετε επιπρόσθετες πληροφορίες ή/και τεκμηρίωση για να βεβαιωθούμε ότι οι πληροφορίες που παρείχατε όταν αποκτήσατε, τροποποιήσατε ή ανανεώσατε το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας ήταν ακριβείς και ολοκληρωμένες.

Παρακαλούμε 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.

Σημειώστε: Με τον όρο θεραπεία εννοούμε χειρουργικές ή ιατρικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων) που απαιτούνται για τη διάγνωση, την ανακούφιση ή τη θεραπεία νόσου, ασθένειας ή τραυματισμού.

4.1 **Εσείς ή οποιοδήποτε άλλο μέλος που πρόκειται να ασφαλιστεί στο πλαίσιο του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου, έχετε επισκεφθεί ιατρό, επισκεφθεί σε νοσοκομείο ή θεραπευτήριο, ή υποφέρετε από διαλείπουσα ή χρόνια ασθένεια κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών;**

Στις απαντήσεις σας, συμπεριλάβετε τα εξής στοιχεία:

- Όνομα συμμετέχοντος
- Συμπτώματα / Πάθηση / Διάγνωση
- Το παθόν μέρος του σώματος (π.χ. αριστερό πόδι, δεξί μάτι).
- Ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και σοβαρότητα συμπτωμάτων, ημερομηνία τελευταίων συμπτωμάτων
- Λεπτομέρειες σχετικά με οποιαδήποτε προηγούμενη ή τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή ή θεραπεία
- Τρέχουσα κατάσταση (π.χ. πλήρης ίαση / σε εξέλιξη)

Όχι ► Μεταβείτε στην ερώτηση 4.2

Ναι Δώστε λεπτομέρειες εδώ

Αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, ► χρησιμοποιήστε την ενότητα 4 **Επιπρόσθετες πληροφορίες**

4.2 **Εσείς ή οποιοδήποτε άλλο μέλος που πρόκειται να ασφαλιστεί στο πλαίσιο του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου, επισκεφθήκατε κάποιον ιατρό κατά το προηγούμενο έτος;**

Στις απαντήσεις σας, συμπεριλάβετε τα εξής στοιχεία:

- Όνομα συμμετέχοντος
- Συμπτώματα / Πάθηση / Διάγνωση
- Το παθόν μέρος του σώματος (π.χ. αριστερό πόδι, δεξί μάτι).
- Ημερομηνία έναρξης, συχνότητα και σοβαρότητα συμπτωμάτων, ημερομηνία τελευταίων συμπτωμάτων
- Λεπτομέρειες σχετικά με οποιαδήποτε προηγούμενη ή τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή ή θεραπεία
- Τρέχουσα κατάσταση (π.χ. πλήρης ίαση / σε εξέλιξη)

Όχι ► Μεταβείτε στην ερώτηση 4.3

Ναι Δώστε λεπτομέρειες εδώ

Αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, ► χρησιμοποιήστε την ενότητα 4 **Επιπρόσθετες 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 άμεσες χρεώσεις γίνονται αποδεκτές μόνο από τραπεζικούς λογαριασμούς σε στερλίνες (£), με έγκυρο κωδικό τράπεζας Ηνωμένου Βασιλείου.

Μέσω άμεσης χρέωσης

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

► Τώρα συμπληρώστε την **εντολή άμεσης χρέωσης** στην επόμενη σελίδα.

Μέσω πιστωτικής/χρεωστικής κάρτας

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

► Για να διεκπεραιώσετε την πληρωμή μέσω πιστωτικής ή χρεωστικής κάρτας, καλέστε μας στο **+44 (0) 1892 556274** και επιλέξτε την **εκδοχή 4**. Το τηλεφωνικό κέντρο είναι διαθέσιμο από Δευτέρα έως Παρασκευή, 8:00 - 18:00, και Σάββατο 9:00 - 17:00 (ώρα Ηνωμένου Βασιλείου).

Μέσω επιταγής

- Σε ετήσια βάση
- Σε τριμηνιαία βάση

► Τώρα συμπληρώστε τη **7 Δήλωση**.

Μέσω τραπεζικού εμβάσματος

- Σε ετήσια βάση
- Σε τριμηνιαία βάση

► Τώρα συμπληρώστε τη **7 Δήλωση**.

5 Επιλογές πληρωμής (συνέχεια)

Εντολή προς την τράπεζα για καταβολή πληρωμής μέσω άμεσης χρέωσης



Συμπληρώστε ολόκληρο το έντυπο (συμπεριλαμβανομένου του πλαισίου επίσημης χρήσης, αν απαιτείται) και αποστείλετε 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 ή λογαριασμού στεγαστικού ταμειτηρίου:

Κωδικός υποκαταστήματος:

Όνομα και πλήρης ταχυδρομική διεύθυνση της τράπεζας ή του στεγαστικού ταμειτηρίου σας

Υπόψιν κ. Διευθυντή:	Τράπεζα / Στεγαστικό ταμειτήριο
Διεύθυνση:	
	Ταχ. κώδικας:

Αναφορά: (Αριθ. συμμετοχής AXA)

Οι τράπεζες και τα στεγαστικά ταμειτήρια ενδέχεται να μην αποδεχτούν εντολές άμεσης χρέωσης για ορισμένους τύπους λογαριασμού

Αριθμός χρήστη υπηρεσίας:

Αυτό δεν αποτελεί μέρος της εντολής προς την τράπεζά σας.

Συμπληρώστε αυτό το πλαίσιο, αν εκτελείτε πληρωμή για λογαριασμό του συμβαλλόμενου.

Όνομα και διεύθυνση του κατόχου του λογαριασμού: _____

Αριθ. τηλεφώνου: _____

Όνομα συμβαλλόμενου: _____

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 ενδέχεται να κρατήσει την παρούσα εντολή και, εάν το πράξει, οι λεπτομέρειες θα αποσταλούν με ηλεκτρονική μορφή στην τράπεζά μου

Υπογραφή/ές:

Ημερομηνία:

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

Εγγύηση άμεσης χρέωσης



- 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.

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 αποστείλετε αυτό το έντυπο, παρουσιάστε τη δήλωση στα μέλη άνω των 16 ετών που θα θέλατε να ασφαλίσετε στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος ή ενημερώστε τα για το περιεχόμενό του.

i Με την υπογραφή και την αποστολή του παρόντος εντύπου, δηλώνετε ότι έχετε την εξουσιοδότηση να δώσετε συγκατάθεση για λογαριασμό οποιουδήποτε μέλους της οικογένειάς σας που καλύπτεται από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο σας και, εξ ονόματός σας καθώς και εξ ονόματος των προαναφερόμενων, συναινείτε στη χρήση των προσωπικών στοιχείων, όπως ορίζεται στη Δήλωση ιδιωτικού απορρήτου.

Τα προσωπικά δεδομένα σας

Το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας παρέχεται από την AXA PPP healthcare Limited 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 axarpphealthcare.co.uk/privacy-policy.

Βεβαιωθείτε ότι όλοι όσοι καλύπτονται από αυτό το ασφαλιστήριο συμβόλαιο έχουν διαβάσει αυτήν τη σύνοψη και το σύνολο των πολιτικών απορρήτου στις ιστοσελίδες μας axarpphealthcare.co.uk/privacy-policy και axaglobalhealthcare.com/en/about-us/privacy-and-legal. Αν επιθυμείτε να λάβετε ένα πλήρες αντίγραφο των Πολιτικών απορρήτου, καλέστε στο +44 (0) 1892 503 856 και θα σας το στείλουμε.

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 ιατρικά δεδομένα, όταν είναι απαραίτητο.

Συλλέγουμε πληροφορίες σχετικά με εσάς και τα μέλη της οικογένειάς σας τα οποία καλύπτονται από το πρόγραμμά σας, από εσάς, αυτά τα μέλη της οικογένειάς, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τον εργοδότη σας (αν βρίσκεστε σε εταιρικό πρόγραμμα), τον ασφαλιστή σας, αν υπάρχει, και τρίτους παρόχους πληροφοριών.

Επεξεργαζόμαστε τις πληροφορίες σας κυρίως για τη διαχείριση της ιδιότητας μέλους και των αξιώσεών σας, συμπεριλαμβανομένης της διερεύνησης απάτης. Έχουμε επίσης τη νομική υποχρέωση να προβαίνουμε σε ενέργειες, όπως η αναφορά ύπαιθρων 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 η έρευνα, η συλλογή περισσότερων γνώσεων σχετικά με εσάς, η στατιστική ανάλυση, για παράδειγμα, για να μπορέσουμε να αποφασίσουμε σχετικά με τα ασφαλιστήρια και το μάρκετινγκ.

Ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε τις 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.
- Για την αποφυγή και τον εντοπισμό αξιόποινων πράξεων και ιατρικών αμελειών μέσω της επικοινωνίας με άλλους ασφαλιστές και σχετικούς οργανισμούς.

- Για την παροχή δυνατότητας σε άλλες εταιρείες της AXA να επικοινωνήσουν μαζί σας, εφόσον έχουμε τη συγκατάθεσή σας.

Για να είναι δυνατή η διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας, ενδέχεται να μεταβιβάσουμε και να έχουμε πρόσβαση στα στοιχεία σας από χώρες οπουδήποτε στον κόσμο, συμπεριλαμβανομένης της Ινδίας και των Η.Π.Α., όπου πραγματοποιούνται ορισμένες διοικητικές διαδικασίες, καθώς και της Ελβετίας όπου βρίσκεται το Ευρωπαϊκό κέντρο δεδομένων της AXA. 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 μεταφορά των δεδομένων σας θα πραγματοποιηθεί μόνο σύμφωνα με τους σχετικούς νόμους και κανονισμούς της χώρας προέλευσης των δεδομένων.

Όπου η χρήση των πληροφοριών σας εξαρτάται από τη συγκατάθεσή σας, μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας, αλλά εάν το κάνετε, ενδέχεται να μην είμαστε σε θέση να διεκπεραιώσουμε αξιώσεις ή να διαχειριστούμε σωστά το πρόγραμμά σας.

Θα σας ενημερώσουμε σε περίπτωση παραβίασης δεδομένων και αν τα προσωπικά και ιατρικά σας στοιχεία γνωστοποιηθούν σε μη εξουσιοδοτημένα μέρη. Η ειδοποίηση θα πραγματοποιείται εντός 72 ωρών από την επιβεβαίωση του συμβάντος.

Σε ορισμένες περιπτώσεις έχετε το δικαίωμα να μας ζητήσετε να σταματήσουμε την επεξεργασία των πληροφοριών σας ή να μας ενημερώσετε ότι δεν θέλετε να λαμβάνετε ορισμένες πληροφορίες από εμάς, όπως επικοινωνίες για σκοπούς μάρκετινγκ. Μπορείτε επίσης να μας ζητήσετε ένα αντίγραφο των πληροφοριών που έχουμε σχετικά με εσάς και να μας ζητήσετε να διορθώσουμε τις πληροφορίες που είναι λανθασμένες.

Αν θέλετε να ζητήσετε την άσκηση οποιουδήποτε από τα δικαιώματά σας, καλέστε μας στο +44 (0) 1892 503 856 ή γράψτε μας.

Δήλωση

- α) Το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας παρέχεται από την AXA PPP healthcare Limited και υπόκειται σε διαχείριση από την AXA Global Healthcare (UK) Limited.
- β) Δηλώνω ότι:
- Εξ όσων δύναμαι να γνωρίζω, οι δηλώσεις στο παρόν έντυπο αίτησης είναι πλήρεις, αληθείς και σωστές
 - Πρέπει να διαβάσω το εγχειρίδιο του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, όταν το παραλάβω, και συμφωνώ ότι θα δεσμευόμαι από αυτό, εκτός αν ακυρώσω την εγγραφή εντός 14 ημερών από την αποδοχή της αίτησής μου.
- Συμφωνώ ότι η αποδοχή της αίτησής μου θα γίνει βάσει αυτών των δηλώσεων.
- γ) Κατανοώ ότι, αν υπάρξουν αλλαγές στα στοιχεία που έχω δώσει πριν από την ημερομηνία έναρξης του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου, οφείλω να σας ενημερώσω αμέσως εγγράφως.
- δ) Κατανοώ ότι μετά την έναρξη του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, δεν θα πληρώσετε για θεραπεία οποιασδήποτε ιατρικής πάθησης, την οποία ήδη είχαν τα συμμετέχοντα μέλη όταν εντάχθηκαν στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο, εκτός αν έχει ήδη αποκαλυφθεί λεπτομερώς σε αυτήν την αίτηση και έχει γίνει αποδεκτή από εσάς. Στα ανωτέρω συμπεριλαμβάνονται οποιασδήποτε ιατρικές παθήσεις ή συμπτώματα, είτε έχουν υποβληθεί σε θεραπεία είτε όχι, και οποιαδήποτε χρόνια ιατρική πάθηση ή οποιαδήποτε προηγούμενη ιατρική πάθηση για την οποία θα έπρεπε να γνωρίζω, ακόμη και αν δεν είχα επισκεφθεί κάποιον ιατρό.
- ε) Κατανοώ ότι θα αποστέλλετε σε μένα, ως νόμιμο κάτοχο του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου, το σύνολο της αλληλογραφίας που αφορά αυτήν την αίτηση, συμπεριλαμβανομένης της αλληλογραφίας απαιτήσεων, εκτός αν σας ειδοποιήσω διαφορετικά εγγράφως. Κατανοώ επίσης ότι τα έγγραφα του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, οι γραπτές ανακοινώσεις και τα στοιχεία συμμετοχής στο πρόγραμμα θα εκδίδονται στα αγγλικά, εκτός αν έχουμε συμφωνήσει εγγράφως να επικοινωνούμε σε διαφορετική γλώσσα.
- στ) Κατανοώ ότι ορισμένες χώρες απαιτούν από τους κατοίκους τους, είτε πρόκειται για ομογενείς είτε για άλλες περιπτώσεις, να αποκτήσουν ασφαλιστική κάλυψη υγείας μέσω ενός τοπικού παρόχου ή να έχουν κάλυψη που ικανοποιεί ορισμένες υποχρεωτικές απαιτήσεις και ότι η κάλυψη που παρέχετε από εσάς ενδέχεται να μην πληροί τις απαιτήσεις συγκεκριμένων χωρών, ως εκ τούτου, ενδεχομένως να χρειαστεί επιπρόσθετη κάλυψη. Επιπλέον, κατανοώ ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται να υπάρξουν συνέπειες με τη μορφή φορολογικών κυρώσεων ή άλλη μορφή, όταν ένας κάτοικος δεν κατέχει την απαιτούμενη τοπική κάλυψη επιπλέον του διεθνούς ασφαλιστηρίου συμβολαίου ιατρικής κάλυψης. Αν έχω προβληματισμούς σχετικά με οποιαδήποτε απαιτήσεις επιπρόσθετης κάλυψης στην κύρια χώρα διαμονής μου (όπως ορίζεται στην ενότητα 2 **Σχετικά με τον συμβαλλόμενο**), κατανοώ ότι υπόκειται στην ευθύνη μου να συμβουλευτώ τις τοπικές αρχές για να προσδιορίσω αν υπάρχουν περαιτέρω ασφαλιστικές απαιτήσεις, με τις οποίες υποχρεούμαι να συμμορφωθώ.
- ζ) Με την υπογραφή και αποστολή του παρόντος εντύπου, επιβεβαιώνω ότι οι δηλώσεις που αναφέρονται στην παρούσα αίτηση είναι σωστές και ότι έχω την εξουσιοδότηση να καταχωρίσω το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο για λογαριασμό οποιουδήποτε μέλους της οικογένειάς μου.

Υπογραφή συμβαλλόμενου

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

Ημερομηνία

D	D	M	M	Y	Y	E	E
---	---	---	---	---	---	---	---

Το παρόν έγγραφο είναι γραμμένο στην αγγλική γλώσσα και ενδέχεται να μεταφραστεί σε άλλες γλώσσες. Σε περίπτωση διαφορών ή αμφιβολίας, υπερισχύει η έκδοση στην αγγλική γλώσσα.