



Για χρήση μόνο από ασφαλιστικούς πράκτορες

Όνομα  
ασφαλιστικού  
πράκτορα

Κωδικός  
ασφαλιστικού  
πράκτορα

# Διεθνές πρόγραμμα υγείας: Εταιρικό

Με την υπογραφή της AXA insurance dac

## Ομαδικό έντυπο αίτησης

### 1 Σχετικά με το νέο εταιρικό ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας

Μπορείτε να επιλέξετε διαφορετικά επίπεδα κάλυψης, επιπρόσθετες επιλογές και επίπεδα ίδιας συμμετοχής για διαφορετικούς εργαζόμενους με βάση την ιεραρχική δομή της εταιρείας. Αναφέρετε παρακάτω ΟΛΕΣ τις επιλογές που θα ισχύουν για αυτό το ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο και χρησιμοποιήστε το "Φύλλο εγγραφής εταιρικού μέλους" για να υποδείξετε συγκεκριμένα επίπεδα ή επιλογές για τον κάθε εργαζόμενο.

Για πλήρεις λεπτομέρειες σχετικά με τις επιλογές ασφάλισης, τους διαφορετικούς διαθέσιμους τύπους κάλυψης, τις επιπρόσθετες επιλογές που μπορείτε να συμπεριλάβετε και τα επίπεδα ίδιας συμμετοχής, επισκεφθείτε τη διεύθυνση [axaglobalhealthcare.com](http://axaglobalhealthcare.com) ή ρωτήστε τον ασφαλιστικό σας πράκτορα.

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

Η ημερομηνία όλων των ομαδικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων θα οριστεί αυτόματα αναδρομικά στην πρώτη ημέρα του μήνα, αλλά τα ασφαλιστήριά σας θα ισχύουν μόνο από την ημερομηνία που ορίζετε εδώ.

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | D | M | M | E | Y | Y | E |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

#### 1.2 Πόσους εργαζόμενους θέλετε αρχικά να καλύψετε με αυτό το ασφαλιστήριο συμβόλαιο;

Μόλις το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ενεργοποιηθεί, μπορείτε να προσθέσετε επιπλέον εργαζόμενους οποιαδήποτε στιγμή, συμπληρώνοντας ένα νέο "Φύλλο εγγραφής εταιρικού μέλους".

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

#### 1.3 Ποιοι θα θέλατε να είναι οι ασφαλιστικοί όροι του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας; **i** Σημειώστε μόνο ένα πλαίσιο.

☐ Πλήρης ιατρικός ασφαλιστικός έλεγχος (FMU) Αν επιλέξετε αυτήν την κατηγορία, δεν χρειάζεται να συμπληρώσετε την ενότητα

4 Δηλώσεις ιατρικού ιστορικού.

☐ Παράβλεψη ιατρικού ιστορικού (MHD) Αν επιλέξετε αυτήν την κατηγορία, βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει την ενότητα

4 Δηλώσεις ιατρικού ιστορικού.

☐ Συνέχιση εξαιρέσεων ιατρικής κάλυψης (CME) Οι ασφαλιστικοί όροι CME ισχύουν μόνο αν αλλάξετε από άλλη ασφαλιστική εταιρεία.

Αν επιλέξετε αυτήν την κατηγορία, βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει την ενότητα 4 Δηλώσεις ιατρικού ιστορικού.

#### 1.4 Τι είδους κάλυψη και προαιρετικές αναβαθμίσεις χρειάζεστε;

**i** Αν χρειάζεστε διαφορετικά επίπεδα κάλυψης ή/και προαιρετικές αναβαθμίσεις για διαφορετικούς εργαζόμενους, επιλέξτε ΟΛΑ τα πλαίσια που ισχύουν και χρησιμοποιήστε το "Φύλλο εγγραφής εταιρικού μέλους" για να καθορίσετε λεπτομέρειες για κάθε εργαζόμενο.

**Ταξιδιωτική ασφάλιση** Αν επιλέξετε επιπρόσθετη ταξιδιωτική ασφάλιση (εάν διατίθεται), η επιλογή αυτή θα ισχύσει για όλους τους εργαζόμενους βάσει αυτού του είδους ασφαλιστικής κάλυψης.

**Οδοντιατρική κάλυψη** **Η Κάλυψη εγκυμοσύνης** **Η Εκτεταμένη κάλυψη εξωτερικού ασθενούς** Μπορείτε να επιλέξετε Οδοντιατρική κάλυψη **Η Κάλυψη εγκυμοσύνης** **Η Εκτεταμένη κάλυψη εξωτερικού ασθενούς** για τους εργαζόμενους με ασφαλιστική κάλυψη Comprehensive, αλλά η επιλογή εγκυμοσύνης είναι διαθέσιμη μόνο για ομάδες 10 ή περισσότερων εργαζομένων.

☐ Prestige Plus

☐ Comprehensive

☐ Οδοντιατρική κάλυψη **Η** ☐ Κάλυψη εγκυμοσύνης **Η**

☐ Εκτεταμένη κάλυψη εξωτερικού ασθενούς ☐ Ταξιδιωτική ασφάλιση

☐ Prestige ☐ Οδοντιατρική κάλυψη

☐ Standard

☐ Κάλυψη εξωτερικού ασθενούς

☐ Ταξιδιωτική ασφάλιση

#### 1.5 Χρειάζεστε το ασφαλιστήριο συμβόλαιο για κάλυψη εντός των Η.Π.Α.;

**i** Αν χρειάζεται να δηλώσετε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές για διαφορετικούς εργαζόμενους, επιλέξτε και τα δύο πλαίσια και χρησιμοποιήστε το "Φύλλο εγγραφής εταιρικού μέλους" για να υποδείξετε ποια περιοχή ισχύει για κάθε εργαζόμενο.

☐ Ναι ☐ Όχι

#### 1.6 Σε ποιο νόμισμα θα θέλατε να πληρώσετε τα ασφαλιστήριά σας; **i** Επιλέξτε μόνο ένα νόμισμα.

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

#### 1.7 Τι επίπεδο ίδιας συμμετοχής χρειάζεστε;

**i** Αν χρειάζεστε διαφορετικά επίπεδα ίδιας συμμετοχής για διαφορετικούς εργαζόμενους, επιλέξτε ΟΛΑ τα πλαίσια που ισχύουν και χρησιμοποιήστε το "Φύλλο εγγραφής εταιρικού μέλους" για να υποδείξετε ποιο επίπεδο ισχύει για κάθε εργαζόμενο. Η ίδια συμμετοχή θα εφαρμοστεί στο ίδιο νόμισμα που έχετε επιλέξει για την πληρωμή των ασφαλιστηρίων σας στην ερώτηση 1.6.

☐ Χωρίς ίδια 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 €

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

# 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 στην εταιρεία σας, για αυτό διαβάστε τις ακόλουθες σημειώσεις πριν ξεκινήσετε. Αν έχετε ερωτήσεις, παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον ασφαλιστικό σας πράκτορα, ή για άμεσες πωλήσεις, 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 (GMT).

## 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).

Αν επιλέξετε Πλήρη ιατρικό ασφαλιστικό έλεγχο (FMU) στους όρους ασφάλισης αυτού του ομαδικού προγράμματος, κάθε εργαζόμενος πρέπει να συμπληρώσει και να υπογράψει ένα "Έντυπο αίτησης εταιρικού μέλους". Αυτό θα αποτελέσει τη βάση της σύμβασης μεταξύ της εταιρείας σας και της AXA PPP.

Αν επιλέξετε Παράβλεψη ιατρικού ιστορικού (MHD) στους όρους αυτού του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, βεβαιωθείτε ότι οι δηλώσεις ιατρικού ιστορικού στην ενότητα 4 **Δηλώσεις ιατρικού ιστορικού** έχουν συμπληρωθεί.

Εάν μεταβαίνετε στην AXA από άλλη ασφαλιστική εταιρεία.

- Οι όροι ασφάλισης αυτού του ομαδικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου θα είναι "Συνέχιση εξαιρέσεων ιατρικής κάλυψης" (CME) και οι όροι θα παραμένουν ίδιοι με τους όρους του υφιστάμενου ασφαλιστηρίου συμβολαίου, εφόσον είστε σε θέση να επιλέξετε "Όχι" και στις δύο δηλώσεις ιατρικού ιστορικού στην ενότητα 4 **Δηλώσεις ιατρικού ιστορικού**.

- Επισυνάψτε μια τρέχουσα δήλωση ασφαλιστηρίου συμβολαίου για κάθε εργαζόμενο που θα ασφαλιστεί, ως απόδειξη των τρεχόντων όρων ανάληψης ασφαλιστικού κινδύνου – αν δεν τη λάβουμε, θα ισχύσει ο Πλήρης ιατρικός ασφαλιστικός έλεγχος (FMU) στο 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. Θα είναι υποχρέωσή σας να διασφαλίσετε ότι όλοι οι εργαζόμενοι και τα μέλη των οικογενειών τους έχουν την κάλυψη που απαιτείται από την κύρια χώρα διαμονής τους (όπως ορίζεται στην ενότητα 2 **Σχετικά με την εταιρεία**).

## Συμβουλές για τη συμπλήρωση αυτού του εντύπου

- Αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί και να υπογραφεί από τον **υπεύθυνο γραμματείας ομαδικής ασφάλισης** που είναι εξουσιοδοτημένος από την εταιρεία να συνάψει την παρούσα σύμβαση για την παροχή ιδιωτικής ιατρικής ασφάλισης.

- Αν συμπληρώνετε αυτό το έντυπο σε ψηφιακή μορφή, εκτυπώστε το μόλις το συμπληρώσετε και υπογράψτε την ενότητα 6 **Δήλωση εταιρείας** πριν μας το αποστείλετε.

- Αν ο ασφαλιστικός σας πράκτορας πρόκειται να 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 6 **Δήλωση εταιρείας** στο τέλος. Ο ασφαλιστικός σας πράκτορας ενεργεί για αυτόν τον σκοπό εξ ονόματός σας.

## Αφού συμπληρώσετε την αίτησή σας

- Ελέγξτε τα στοιχεία σας προσεκτικά και βεβαιωθείτε ότι έχετε υπογράψει και προσθέσει την τρέχουσα ημερομηνία στην ενότητα 6 **Δήλωση εταιρείας**.

- Μπορείτε να μας αποστείλετε συμπληρωμένες αιτήσεις μέσω email στη διεύθυνση [intsales@axa.com](mailto:intsales@axa.com), ωστόσο δεν μπορούμε να δεχτούμε ηλεκτρονικές υπογραφές και, ως εκ τούτου, πρέπει να εκτυπώσετε, να υπογράψετε και να σαρώσετε την ενότητα 6 **Δήλωση εταιρείας**.

- Στείλτε μας τα συμπληρωμένα έντυπα στη διεύθυνση AXA Global Healthcare (EU) Limited, Forest Road, Tunbridge Wells, Kent, TN2 5FE, UK.

- Σας συνιστούμε να κρατήσετε αρχείο με όλα τα στοιχεία που προσκομίσατε στο πλαίσιο της παρούσας αίτησης, συμπεριλαμβανομένης της αλληλογραφίας 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 αναφέρουμε τις λέξεις «εσείς» και «σας», εννοούμε τον κύριο 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 (EU) Limited που ενεργεί για λογαριασμό της AXA insurance dac.

## 2 Σχετικά με την εταιρεία

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

2.1 Πλήρης επωνυμία εταιρείας

Εγγεγραμμένη επωνυμία

Εμπορική επωνυμία (αν διαφέρει)

2.2 Στοιχεία καταχώρισης εταιρείας

Παρακαλείσθε να δώσετε πλήρη στοιχεία διεύθυνσης, συμπεριλαμβανομένων του ταχυδρομικού κώδικα και της χώρας (κατά περίπτωση)

Διεύθυνση έδρας

Ταχ. κώδικας

Χώρα

Αριθμός μητρώου

2.3 Στοιχεία αλληλογραφίας εταιρείας (αν διαφέρουν)

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

2.4 Είδος επιχειρηματικής δραστηριότητας

2.5 Συνολικός αριθμός εργαζομένων που θα ασφαλιστούν

2.6 Στοιχεία υπευθύνου γραμματείας ομαδικής ασφάλισης

Δώστε τα στοιχεία σας στο πρόσωπο που κατονομάζεται ως υπεύθυνος γραμματείας ομαδικής ασφάλισης σε αυτό το ασφαλιστήριο συμβόλαιο

Ονοματεπώνυμο, συμπεριλαμβανομένου του τίτλου

Θέση στην εταιρεία

2.7 Στοιχεία επικοινωνίας υπευθύνου γραμματείας ομαδικής ασφάλισης

Δώστε τα στοιχεία επικοινωνίας στα οποία θα μπορούσαμε να έρθουμε σε επαφή μαζί σας. Συμπεριλάβετε τη χώρα και τους κωδικούς περιοχής, όπου ισχύουν.

Τηλέφωνο

Email

Φαξ (αν ισχύει)

2.8 Πρόκειται να μεταβείτε σε ένα ομαδικό ασφαλιστήριο της AXA - Global Healthcare από ένα άλλο υπάρχον ασφαλιστήριο συμβόλαιο;

☐ Όχι ► Μεταβείτε στην ενότητα 4 Δηλώσεις ιατρικού ιστορικού

☐ Ναι ► Μεταβείτε στην ενότητα 3 Σχετικά με το τρέχον ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο σας

2.9 Η εταιρεία εισπράττει το σύνολο ή μέρος των ασφαλιστρών από τους εργαζομένους της;

☐ Όχι ☐ Ναι

Εργαζόμενοι ☐ Όχι ☐ Ναι

Οικογενειακά μέλη εργαζομένων ☐ Όχι ☐ Ναι

### 3 Σχετικά με το τρέχον ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας

#### 3.1 Επωνυμία τρέχουσας ασφαλιστικής εταιρείας

|  |
|--|
|  |
|--|

#### 3.2 Ημερομηνίες τρέχοντος ομαδικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου

Το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας δεν μπορεί να αλλάξει αν έχει ήδη λήξει. Αν συντρέχει αυτή η περίπτωση, επικοινωνήστε με τον ασφαλιστικό σας πράκτορα ή καλέστε τη γραμμή βοήθειας για καθοδήγηση.

Αρχική ημερομηνία έναρξης

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | D | M | M | E | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ημερομηνία λήξης

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

### 4 Δηλώσεις ιατρικού ιστορικού

✗ Αν έχετε επιλέξει **Πλήρη ιατρικό ασφαλιστικό έλεγχο (FMU)** στους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας ► Μεταβείτε στην ενότητα 5 **Επιλογές πληρωμής**

✓ Αν έχετε επιλέξει **Παράβλεψη ιατρικού ιστορικού (MHD)** ή **Συνέχιση εξαίρεσης ιατρικής κάλυψης (CME)** στους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας, παρακαλείσθε να απαντήσετε στις παρακάτω δηλώσεις

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 στην κάλυψή σας.

Επιπλέον, η ασφαλιστική εταιρεία σας μπορεί να αρνηθεί να διαχειριστεί το σύνολο ή μέρος οποιασδήποτε απαίτησης ή να μειώσει το ποσό οποιωνδήποτε 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 συνταγογραφούμενων φαρμάκων από κάποιον ειδικευμένο ιατρό) που απαιτούνται για τη διάγνωση, την ανακούφιση ή τη θεραπεία νόσου, ασθένειας ή τραυματισμού.

#### 4.1 Από όσο γνωρίζετε, έχει κάποιο από τα μέλη που πρόκειται να συμπεριληφθούν στο παρόν πρόγραμμα διαγνωσθεί ή λάβει θεραπεία / ιατρική περίθαλψη για καρκίνο εντός των προηγούμενων πέντε ετών;

☐

**Όχι** ► Μεταβείτε στην ερώτηση 4.2

☐

**Ναι** Επικοινωνήστε με τον ασφαλιστικό σας πράκτορα ή καλέστε μας στο +44 (0) 1892 508 800

#### 4.2 Από όσο γνωρίζετε, έχει κάποιο από τα μέλη που πρόκειται να συμπεριληφθούν στο παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο κάποια ιατρική πάθηση που μπορεί να συνεπάγεται την ανάγκη για νοσοκομειακή περίθαλψη;

☐

**Όχι** ► Μεταβείτε στην ενότητα 5 **Επιλογές πληρωμής**

☐

**Ναι** Επικοινωνήστε με τον ασφαλιστικό σας πράκτορα ή καλέστε μας στο +44 (0) 1892 508 800

Το τηλεφωνικό κέντρο είναι διαθέσιμο από Δευτέρα έως Παρασκευή, 8:00 - 17:00 (ώρα Ηνωμένου Βασιλείου).

## 5 Επιλογές πληρωμής

---

### 5.1 Πώς θα θέλατε να πληρώσετε τα ασφάλιστρά σας;

 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 επιταγής

- ☐ Σε ετήσια βάση
- ☐ Σε τριμηνιαία βάση

Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας με περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την αποδοχή του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

#### Μέσω τραπεζικού εμβάσματος

- ☐ Σε ετήσια βάση
- ☐ Σε τριμηνιαία βάση

Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας με περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την αποδοχή του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

# Εντολή προς την τράπεζα για καταβολή πληρωμής μέσω άμεσης χρέωσης



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 ή λογαριασμού στεγαστικού ταμειυτηρίου:

Κωδικός υποκαταστήματος:

-

-

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

|                      |                                  |
|----------------------|----------------------------------|
| Υπόψιν κ. Διευθυντή: | Τράπεζα / Στεγαστικό ταμειυτήριο |
| Διεύθυνση:           |                                  |
|                      |                                  |
|                      | Ταχ. κώδικας:                    |

Αναφορά: (Αριθ. συμμετοχής AXA)

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

Αριθμός χρήστη υπηρεσίας:

4

5

0

2

7

6

Αυτό δεν αποτελεί μέρος της εντολής προς την τράπεζα ή το στεγαστικό ταμειυτήριό σας.

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

Όνομα και διεύθυνση του κατόχου του λογαριασμού: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Αριθ. τηλεφώνου: \_\_\_\_\_

Όνομα κύριου 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 (EU) Ltd ενδέχεται να κρατήσει την παρούσα εντολή και, εάν το πράξει, οι λεπτομέρειες θα αποσταλούν με ηλεκτρονική μορφή στην τράπεζά μου

Υπογραφή/ές:

x

x

Ημερομηνία:

H

H

M

M

Y

Y

Y

Y

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.

## 6 Δήλωση εταιρείας

Παρακαλέσθε 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** 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 συμβόλαιό 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 των εργαζομένων σας

Το ασφαλιστήριο συμβόλαιό 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](http://axaglobalhealthcare.com/en/about-us/privacy-and-legal) και [axaglobalhealthcare.com/privacy-ie](http://axaglobalhealthcare.com/privacy-ie).

Βεβαιωθείτε ότι όλοι όσοι καλύπτονται από αυτό το ασφαλιστήριο συμβόλαιο έχουν διαβάσει αυτήν τη σύνοψη και το σύνολο των πολιτικών απορρήτου στις ιστοσελίδες μας [axaglobalhealthcare.com/privacy-ie](http://axaglobalhealthcare.com/privacy-ie) και [axaglobalhealthcare.com/en/about-us/privacy-and-legal](http://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 τους εργαζομένους σας και τα μέλη των οικογενειών τους, που καλύπτονται από το πρόγραμμά σας, από τους εργαζομένους και τα μέλη των οικογενειών τους, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τον εργοδότη σας (αν βρισκόσαστε σε εταιρικό πρόγραμμα), τον ασφαλιστή σας, αν υπάρχει, και τρίτους παρόχους πληροφοριών.

Επεξεργαζόμαστε τις πληροφορίες των εργαζομένων 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 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 η έρευνα, η συλλογή περισσότερων γνώσεων σχετικά με εσάς, η στατιστική ανάλυση, για παράδειγμα, για να μπορούσαμε να αποφασίσουμε σχετικά με τα ασφάλιστρα και το μάρκετινγκ.

Ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε τις πληροφορίες των εργαζομένων 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 των εργαζομένων 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 περί προστασίας δεδομένων.

Όπου η χρήση των πληροφοριών των εργαζομένων σας εξαρτάται από τη συγκατάθεσή τους, μπορούν να αποσύρουν τη συγκατάθεσή τους, αλλά εάν το κάνουν, 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 στοιχεία των εργαζομένων σας 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 των εργαζομένων σας ή να μας ενημερώσετε ότι δεν θέλετε να λαμβάνετε ορισμένες πληροφορίες από εμάς, όπως επικοινωνία για σκοπούς μάρκετινγκ. Μπορείτε επίσης να μας ζητήσετε ένα αντίγραφο των πληροφοριών που έχουμε σχετικά με τους εργαζομένους σας και να μας ζητήσετε να διορθώσουμε τις πληροφορίες που είναι λάθος.

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 Insurance dac 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 οποιεσδήποτε 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 εμένα, 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 κάτοικους 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 προβληματισμός σχετικά με οποιεσδήποτε απαιτήσεις επιπρόσθετης κάλυψης στην κύρια χώρα διαμονής μου (όπως ορίζεται στην ενότητα 2 **Σχετικά με την εταιρεία**), 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 κύριου 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.

PB68351/11.20 (Greek)

AXA Global Healthcare (EU) Limited. Εγγεγραμμένη στην Ιρλανδία, με αρ. μητρώου 630468. Έδρα: Wolfe Tone House, Wolfe Tone Street, Dublin 1.

H AXA Global Healthcare (EU) Limited υπόκειται στην εποπτεία της Κεντρικής Τράπεζας της Ιρλανδίας.

AXA Global Healthcare (UK) Limited. Εγγεγραμμένη στην Αγγλία (Αρ. 03039521). Έδρα: 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG United Kingdom.

H AXA Global Healthcare (UK) Limited είναι εγκεκριμένη από και υπόκειται στην εποπτεία της Financial Conduct Authority.

Οι τηλεφωνικές συνομιλίες ενδέχεται να ηχογραφούνται ή/και να παρακολουθούνται για λόγους διασφάλισης ποιότητας, εκπαίδευσης και στο πλαίσιο τήρησης αρχείου των συνομιλιών μας.