



Διεθνές πρόγραμμα υγείας: Εταιρικό

Με την υπογραφή της AXA PPP healthcare Limited

Έντυπο αίτησης μέλους

Παράβλεψη ιατρικού ιστορικού (MHD)

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

■ Για να μας βοηθήσετε να επιταχύνουμε τη διεκπεραίωση της αίτησής σας, δώστε μας την επωνυμία της εταιρείας σας και τον αριθμό μέλους του ομαδικού συμβολαίου σας

Ο υπεύθυνος γραμματείας ομαδικής ασφάλισης μπορεί να σας παραχωρήσει αυτά τα στοιχεία, κατά περίπτωση.

Επωνυμία εταιρείας

Αριθμός μέλος ομαδικού

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 υπεύθυνο γραμματείας ομαδικής ασφάλισης 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

Ο ασφαλιστικός κίνδυνος του ομαδικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου θα καλύπτεται 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

- Το παρόν έντυπο είναι διαθέσιμο μόνο για τους εργαζόμενους στο πλαίσιο εταιρικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου, εφόσον η εταιρεία σας έχει επιλέξει Παράβλεψη Ιατρικού Ιστορικού (MHD) στους όρους ασφάλισης της ομάδας.
- Η εταιρεία σας θα συμπληρώσει το "Φύλλο εγγραφής εταιρικού μέλους" που θα συνοδεύει το παρόν **×** έντυπο, το οποίο θα περιλαμβάνει τα στοιχεία σας, τα μέλη της οικογένειας που θα καλύπτονται και τον τύπο κάλυψης που απαιτείται για κάθε μέλος. Επικοινωνήστε με τον υπεύθυνο γραμματείας ομαδικής ασφάλισης αν θέλετε να μάθετε περισσότερες λεπτομέρειες για το ασφαλιστήριο συμβόλαιο.
- Το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο δεν διατίθεται για τους **Αμερικανούς ή Καναδούς πολίτες** των οποίων **×** η κύρια χώρα διαμονής είναι οι Η.Π.Α. ή ο Καναδάς. Εάν αυτό ισχύει για οποιοδήποτε πρόσωπο που πρόκειται να καλυφθεί ή εάν το εν λόγω πρόσωπο έχει υποβάλει αίτηση για ιθαγένεια, επικοινωνήστε με τον υπεύθυνο γραμματείας ομαδικής ασφάλισης.
- **Μην χρησιμοποιήσετε αυτό το έντυπο** αν υποβάλλετε αίτηση για ατομικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή αν η εταιρεία σας έχει επιλέξει ασφάλιση Moratorium ή Συνέχιση ανάληψης ασφαλιστικού κινδύνου (CME) στους όρους ασφάλισης του ομαδικού προγράμματος.
- 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 αποσφύγουμε 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 **1 Σχετικά με τον κύριο συμβαλλόμενο** πρέπει να είναι εργαζόμενος της εταιρείας όπως αναγράφεται στη σελίδα 1 και θα είναι ο κύριος συμβαλλόμενος. Βεβαιωθείτε ότι έχετε άδεια για να μας παράσχετε όλα τα ιατρικά στοιχεία όλων των μελών της οικογένειας 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. Επικοινωνήστε με τον υπεύθυνο γραμματείας ομαδικής ασφάλισης της εταιρείας σας αν έχετε προβληματισμούς σχετικά με οποιοδήποτε απαιτήσεις επιπρόσθετης κάλυψης στην κύρια χώρα διαμονής σας (όπως ορίζεται στην ενότητα **1 Σχετικά με τον κύριο συμβαλλόμενο**), καθώς θα είναι υποχρέωση της εταιρείας σας να διασφαλίσει ότι κάθε εργαζόμενος και τα μέλη της οικογένειάς του έχουν την κάλυψη που απαιτείται από την κύρια χώρα διαμονής τους (όπως ορίζεται στην ενότητα **1 Σχετικά με τον κύριο συμβαλλόμενο**).

Συμβουλές για τη συμπλήρωση αυτού του εντύπου

- Αν συμπληρώνετε αυτό το έντυπο σε ψηφιακή μορφή, εκτυπώστε το μόλις το συμπληρώσετε και υπογράψτε την ενότητα **4 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 **4 Δήλωση** στο τέλος. Ο ασφαλιστικός σας πράκτορας ενεργεί για αυτόν τον σκοπό εξ ονόματός σας.
- Αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, χρησιμοποιήστε την ενότητα **3 Επιπρόσθετες πληροφορίες**.

Αφού συμπληρώσετε την αίτησή σας

- Ελέγξτε τα στοιχεία σας προσεκτικά και βεβαιωθείτε ότι έχετε υπογράψει και προσθέσει την τρέχουσα ημερομηνία στην ενότητα **4 Δήλωση**.
- Μπορείτε να μας αποστείλετε συμπληρωμένες αιτήσεις μέσω email στη διεύθυνση intsales@axa.com, ωστόσο δεν μπορούμε ηλεκτρονικές υπογραφές και, ως εκ τούτου, πρέπει να εκτυπώσετε, να υπογράψετε και να σαρώσετε την ενότητα **4 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 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 (UK) Limited που ενεργεί για λογαριασμό της AXA PPP healthcare Limited.

1 Σχετικά με τον κύριο συμβαλλόμενο

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

1.1 Ονοματεπώνυμο και τίτλος

Βεβαιωθείτε ότι έχετε δώσει όλα τα μεσαία ονόματα.

☐ Κος ☐ Κα ☐ Δίδα ☐

☐ Άλλο (διευκρινίστε)

Όνομα/ονόματα ολογράφως

Επώνυμο

1.2 Φύλο

☐ Άρρεν ☐ Θήλυ

1.3 Ημερομηνία γέννησης

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

1.4 Εθνικότητα

1.5 Ποια είναι η κύρια χώρα διαμονής του κύριου συμβαλλόμενου;

Είναι η διεύθυνση στην οποία θα περάσουν το μεγαλύτερο μέρος του έτους όλα τα μέλη που καλύπτονται από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, μόλις τεθεί σε ισχύ.

1.6 Θέση στην εταιρεία

Ο κύριος συμβαλλόμενος πρέπει να είναι εργαζόμενος στην εταιρεία που αναγράφεται στη σελίδα 1

1.7 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	

1.8 Στοιχεία επικοινωνίας

Συμπεριλάβετε τη χώρα και τους κωδικούς περιοχής, όπου ισχύουν.

Τηλέφωνο (ημέρα)

Τηλέφωνο (βράδυ)

Email

2 Επιπρόσθετα οικογενειακά μέλη που θα ασφαλιστούν

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

Στα οικογενειακά μέλη του κύριου συμβαλλόμενου μπορούν να συμπεριληφθούν:

- σύζυγος/σύντροφος
- παιδιά (αν υπάρχουν).

☐ **Όχι** ► Μεταβείτε στην ενότητα 3 **Εμπιστευτικό ιατρικό ιστορικό**

☐ **Ναι** Δώστε τα στοιχεία όλων των μελών της οικογένειας παρακάτω.

Αν χρειαστεί να προσθέσετε περισσότερα από τέσσερα οικογενειακά μέλη, χρησιμοποιήστε την ενότητα 3 **Επιπρόσθετες πληροφορίες**

2.2 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

Ονοματεπώνυμο και τίτλος

Σχέση με τον κύριο συμβαλλόμενο

Φύλο

☐ Άρρεν ☐ Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y		

Εθνικότητα

Κύρια χώρα διαμονής

Επάγγελμα

Οικογενειακό μέλος 2

Ονοματεπώνυμο και τίτλος

Σχέση με τον κύριο συμβαλλόμενο

Φύλο

☐ Άρρεν ☐ Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y		

Εθνικότητα

Κύρια χώρα διαμονής

Επάγγελμα

Οικογενειακό μέλος 3

Ονοματεπώνυμο και τίτλος

Σχέση με τον κύριο συμβαλλόμενο

Φύλο

☐ Άρρεν ☐ Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y		

Εθνικότητα

Κύρια χώρα διαμονής

Επάγγελμα

Οικογενειακό μέλος 4

Ονοματεπώνυμο και τίτλος

Σχέση με τον κύριο συμβαλλόμενο

Φύλο

☐ Άρρεν ☐ Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y		

Εθνικότητα

Κύρια χώρα διαμονής

Επάγγελμα

3 Επιπρόσθετες πληροφορίες

Χρησιμοποιήστε αυτήν την ενότητα, αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο για να απαντήσετε κάποια ερώτηση.

Αν δεν χρειάζεστε περισσότερο χώρο ► Μεταβείτε τώρα στην ενότητα 4 **Δήλωση**.

Στις απαντήσεις σας, συμπεριλάβετε τα εξής στοιχεία:

- Αριθμός ερώτησης
- Όνομα συμμετέχοντος

4 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 συμβολαίο 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 συμβολαίο 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 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. 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 χρειάζεσθε. 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 βρίσκεστε 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 μπορέσουμε να αποφασίσουμε σχετικά με τα ασφαλιστήρια 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 αποσπούν 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 συμβολαίο 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 δεσμεύομαι 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 συμβολαίο, εκτός αν έχει ήδη αποκαλυφθεί λεπτομερώς σε αυτήν την αίτηση και έχει γίνει αποδεκτή από εσάς. Στα ανωτέρω συμπεριλαμβανόμενα 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 κατέγει 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 1 **Σχετικά με τον κύριο συμβαλλόμενο**), κατανοώ ότι υποχρεούμαι να συμβουλευτώ ή 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 συμβολαίο για λογαριασμό οποιασδήποτε 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.