

Προς την:

ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
 ΚΕΝΤΡΙΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ: ΛΕΩΦ. ΣΥΓΓΡΟΥ 350, 176 80 ΚΑΛΛΙΘΕΑ

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΥΠ' ΑΡΙΘΜΟ 2002775 ΟΜΑΔΙΚΟ
 ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΜΕ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ
 «ΞΗΡΟΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΙΚΕ»**

Ο υπογράφων/Η υπογράφουσα

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ	:	
ΟΝΟΜΑ	:	ΦΥΛΟ Α <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (*)	:	
Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ.	:	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ (κύριο)	:	
E-mail	:	
κινητό / τηλ. κατοικίας	:	
Ταχυδρομική Διεύθυνση (οδός, αριθμός, περιοχή, Τ.Κ.)	:	
ΤΡΟΠΟΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΜΕ	:	κατάθεση σε λογαριασμό IBAN <input type="checkbox"/> έκδοση επιταγής <input type="checkbox"/>
ΑΡΙΘΜ. IBAN ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ	:	

(*) Κάθε κυρίως ασφαλιζόμενος είναι δυνατό να ασφαλισθεί, εφόσον κατά την ημερομηνία συμπλήρωσης του εντύπου «Αίτηση Ένταξης» έχει ηλικία μεγαλύτερη του δεκάτου ογδού (18ου) έτους και μικρότερη του εξηκοστού (60ού) έτους.

Διευκρινίζεται ότι η ασφάλιση κάθε κυρίως ασφαλιζομένου προσώπου τερματίζεται στο τέλος του ημερολογιακού έτους εντός του οποίου συμπληρώνει το εξηκοστό πέμπτο (65ο) έτος της ηλικίας του.

Δηλώνω και αποδέχομαι ότι:

- Όλα τα στοιχεία που έχω δηλώσει είναι αληθή και δέχομαι να ασφαλισθώ με βάση αυτά, σύμφωνα με τους όρους του ανωτέρω Ομαδικού Ασφαλιστηρίου που έχει συνάψει ο Συμβαλλόμενος με την «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.».
- Η Ασφαλιστική Εταιρία και ο Συμβαλλόμενος «ΞΗΡΟΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΙΚΕ», τηρούν και επεξεργάζονται Αρχείο με προσωπικά δεδομένα μου, στα οποία περιλαμβάνονται όλα τα ανωτέρω στοιχεία που δηλώνω, με σκοπό την ομαλή λειτουργία και εκτέλεση αυτής της Ασφαλιστικής Σύμβασης, την υποστήριξη και εκτέλεση των μεταξύ αυτής συναλλαγών, την εκπλήρωση των υποχρεώσεων αυτής και την προάσπιση των δικαιωμάτων αυτής σύμφωνα με το νόμο.
- Έχω ενημερωθεί ότι έχω το δικαίωμα να λαμβάνω κατόπιν γραπτού αιτήματός μου και σύμφωνα με τους όρους που θέτει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα τα στοιχεία που με αφορούν προσωπικά ή και να προβάλλω τυχόν εύλογες αντιρρήσεις, σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στα άρθρα 12 και 13 του Νόμου 2472/1997.
- Επίσης, με την παρούσα αίτηση, εξουσιοδοτώ τον Συμβαλλόμενο «ΞΗΡΟΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΙΚΕ» με την Εταιρία σας να εισπράττει το ποσό του ασφαλιστρου που μου αναλογεί και να το αποδίδει στην Εταιρία σας όπως παρακάτω ορίζεται.

ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (*)

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΦΥΛΟ
ΣΥΖΥΓΟΣ				
ΤΕΚΝΟ				
ΤΕΚΝΟ				
ΤΕΚΝΟ				
ΤΕΚΝΟ				

(*) Τα εξαρτώμενα μέλη οικογενείας ασφαλιζονται αποκλειστικά και μόνο με την κάλυψη «ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΥΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΜΕΣΩ ΔΙΚΤΥΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ».

Διευκρινίζεται ότι τα εξαρτώμενα μέλη δεν καλύπτονται από την «Βασική Ασφάλεια Ζωής».

Ως εξαρτώμενα μέλη οικογενείας του ασφαλιζόμενου, νοούνται ο/η νόμιμος σύζυγος του ηλικίας μικρότερης των εξήντα (60) ετών κατά την ημερομηνία συμπλήρωσης του εντύπου «ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ» και τα συνοικούντα, οικονομικώς εξαρτώμενα απ' αυτόν και μη έχοντα εισοδήματα από ίδια επαγγελματική απασχόληση άγαμα παιδιά του ηλικίας μεγαλύτερης των τριάντα (30) ημερών και μικρότερης των είκοσι πέντε (25) ετών.

Διευκρινίζεται ότι η ασφάλιση του/της συζύγου τερματίζεται στο τέλος του ημερολογιακού έτους εντός του οποίου συμπληρώνει το εξηκοστό πέμπτο (65ο) έτος της ηλικίας του/της.

Β. ΟΡΟΙ ΚΑΛΥΨΕΩΝ - ΜΙΚΤΟ ΕΤΗΣΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ
1. ΒΑΣΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΖΩΗΣ

Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο ποσό € 100,00.-

2. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΥΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΜΕΣΩ ΔΙΚΤΥΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ

- Ετήσιο όριο ευθύνης εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης ποσό € 10.000,00.-
- Ετήσιο όριο ευθύνης εξόδων για εργαστηριακές διαγνωστικές εξετάσεις μέσω δικτύου υπηρεσιών υγείας ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ, ποσό € 1.000,00.- με συμμετοχή ασφαλισμένου 20%.
- Ιατρικές επισκέψεις, απεριόριστες, με συμμετοχή ασφαλισμένου 10,00 € μέσω δικτύου υπηρεσιών υγείας ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ
- Κάλυψη προληπτικού Ελέγχου Υγείας

	ΜΙΚΤΟ ΕΤΗΣΙΟ ΠΟΣΟ ΕΥΡΩ
• Για τον κυρίως ασφαλιζόμενο.....	241,86.-
• Για ένα (1) εξαρτώμενο μέλος οικογενείας του ασφαλιζόμενου.....	253,56.-
• Για δύο (2) ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη οικογενείας του ασφαλιζόμενου.....	507,12.-

Στα προαναφερόμενα Μικτά Ετήσια Ασφάλιστρα, συμπεριλαμβάνονται οι νόμιμες επιβαρύνσεις : α) Φόρος Ασφαλιστρών (15% για όλες τις Παροχές εκτός της Παροχής «Ασφάλεια Ζωής») και β) υποχρεωτική τακτική Εισφορά υπέρ του «Εγγυητικού Κεφαλαίου Ιδιωτικής Ασφάλισης Ζωής».

(Τόπος – Ημερομηνία)

(Υπογραφή ασφαλιζόμενου)

(Υπογραφή και σφραγίδα Συμβαλλομένου)

Γ. ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Με το παρόν ορίζω δικαιούχους σε σχέση με το υπ' αριθμ. **2002775** Ομαδικό Ασφαλιστήριο της ασφαλιστικής Εταιρίας «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ, ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.» τους παρακάτω αναφερομένους:

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ				ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ			
Όνοματεπώνυμο	Ημερ. Γεν.	Συγγένεια	% Διανομής	Όνοματεπώνυμο	Ημερ. Γεν.	Συγγένεια	% Διανομής

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Σύμφωνα με τους όρους του προαναφερθέντος Ομαδικού Ασφαλιστηρίου, σχετικά με τον ΟΡΙΣΜΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ προβλέπονται τα εξής:

- Σε περίπτωση που αναφέρονται περισσότεροι του ενός κύριοι δικαιούχοι και δεν ορίζονται ποσοστά διανομής του ασφαλισματος, η διανομή γίνεται σε ίσα μερίδια.
- Κύριος δικαιούχος χάνει τα δικαιώματά του αν πεθάνει ταυτόχρονα ή πριν από τον ασφαλιζόμενο οπότε αυτά μεταβιβάζονται στους υπόλοιπους κύριους δικαιούχους.
- Αν κατά τον θάνατο του ασφαλιζόμενου δεν επιζεί κανένας κύριος δικαιούχος τη θέση τους παίρνουν οι υποκατάστατοι δικαιούχοι.
- Αν έχουν οριστεί σαν δικαιούχοι οι νόμιμοι κληρονόμοι του ασφαλιζόμενου, το ασφαλισμα καταβάλλεται σ' αυτούς που θα καλούνταν στην κληρονομιά του σύμφωνα με τους κανόνες της «εξ αδιαθέτου διαδοχής», ανεξάρτητα από το αν γίνουν πράγματι ή όχι κληρονόμοι (π.χ. λόγω αποποίησης ή λόγω διαδοχής εκ διαθήκης).

Δ. ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ιατρικό Ιστορικό του Ασφαλιζόμενου ή/ και των εξαρτωμένων μελών οικογενείας του

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ

Κάθε ερώτηση πρέπει να απαντάται γραπτώς, αναφέροντας το όνομα αυτών που αφορά η καταφατική απάντηση και περιγράφοντας με αυτοτέλεια και ακρίβεια την πάθηση, το μήνα, το έτος, τη νοσηλεία και τη σημερινή του κατάσταση. Σημειώστε με Χ στα αντίστοιχα των απαντήσεων τετραγωνίδια.

Ποιο είναι το ύψος και το βάρος σας;

	Ύψος(cm)	Βάρος(Kg)	Μεταβολή βάρους κατά το τελευταίο έτος (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Αιτία
Ασφαλιζόμενος				
Ο/Η σύζυγος				
Παιδί				
Παιδί				

- Έχετε ή είχατε ποτέ παθήσεις ή ενοχλήσεις:
- | | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. καρδιάς, εγκεφάλου, αρτηριών και φλεβών; π.χ. στεφανιαία νόσο, συγγενή καρδιοπάθεια, φύσημα, αρρυθμίες, υπέρταση, κίρσους, κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. του αναπνευστικού συστήματος; π.χ. άσθμα, βρογχίτιδα, φυματίωση, σύνδρομο υπνικής άπνοιας κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. του πεπτικού συστήματος; π.χ. παθήσεις στομάχου, δωδεκαδάκτυλου, εντέρων, χολής, ήπατος, παγκρέατος κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. του ουροποιογεννητικού συστήματος; π.χ. κωλικός νεφρού, ουρολοιμώξη, παθήσεις προστάτη, νεφρική ανεπάρκεια κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. νευρικού συστήματος, ή ψυχιατρικές παθήσεις; π.χ. ημικρανίες, ιλίγγους, επιληψία, σκλήρυνση κατά πλάκας, κατάθλιψη κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. του μυοσκελετικού συστήματος; π.χ. δισκοπάθεια, παθήσεις ή κακώσεις αρθρώσεων, κατάγματα, ρευματικές παθήσεις κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. του δέρματος, του μεταβολισμού; π.χ. ψωρίαση, υπερχοληστεριναιμία, σακχαρώδη διαβήτη, θυρεοειδοπάθειες κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. των ματιών, των αυτιών, της μύτης, του λαιμού; π.χ. μυωπία- πόσους βαθμούς, καταρράκτη, διπλωπία, ελάττωση ακοής, βρόγχο φωνής κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. του αίματος και αιμοποιητικών οργάνων, των λεμφαδένων; π.χ. αναιμίες, παθήσεις σπλήνα, φλεγμονή λεμφαδένων κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. νεοπλασμάτα ή καρκίνο οποιασδήποτε μορφής; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. γυναικολογικές παθήσεις; π.χ. ινομυώματα, κύστες ωοθηκών, ενδομητρίωση, ινοκυστική νόσο μαστών κλπ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Είστε έγκυος; Αν ναι σε ποιόν μήνα; _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Έχει συμβεί κατά το παρελθόν ή σας έχει συσταθεί: να νοσηλευτείτε σε νοσοκομείο, να υποβληθείτε σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση εντός ή εκτός νοσοκομείου, να υποβληθείτε σε οποιαδήποτε φαρμακευτική ή άλλη θεραπευτική αγωγή, να υποβληθείτε σε οποιαδήποτε εξέταση προληπτικά ή εξαιτίας οποιοδήποτε ενοχλήματος από την οποία διαπιστώθηκαν ευρήματα οποιασδήποτε φύσης και μορφής που απαιτούσαν ή απαιτούν ιατρική συμβουλή ή θεραπεία; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Είστε καπνιστής; Πίνετε αλκοολούχα ποτά; Αν ναι, διευκρινίστε μας τι ποσότητα την ημέρα και επί πόσο χρονικό διάστημα; Έχετε κάνει ή κάνετε χρήση ναρκωτικών, αναβολικών ή άλλων παραισθησιογόνων ουσιών; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Έχετε περάσει ή πάσχετε από άλλη πάθηση ή έχετε ενοχλήματα σχετικά με περιπτώσεις που δεν αναφέρονται παραπάνω; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Στην οικογένειά σας (πατέρας-μητέρα-αδέλφια) είχατε περιπτώσεις διαβήτη, παθήσεων καρδιάς ή νεφρών, υπέρταση, εγκεφαλικού, διανοητικών ή ψυχιατρικών διαταραχών?
Αν ναι, παρακαλούμε να σημειώσετε την μορφή συγγένειας και αν γνωρίζετε την πάθηση, σε ποια ηλικία διαγνώσθηκε και ποια είναι η σημερινή κατάσταση της υγείας τους; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Σε περίπτωση οποιασδήποτε καταφατικής απάντησης, αναφέρατε λεπτομερώς ποιο συγκεκριμένο πρόβλημα υπάρχει και ποια η σημερινή κατάσταση της υγείας.

ΑΡ. ΕΡΩΤΗΣΗΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

ΆΛΛΕΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

• Ποίος είναι ο φορέας της Κύριας Ασφάλισης για εσάς και την οικογένειά σας;

• Υπάρχει βιβλιόριο υγείας;

• Έχετε συνάψει ασφάλιση με τη δική μας εταιρία ή με άλλη εταιρία ή έχετε υποβάλλει αίτηση σε άλλη ή στη δική μας εταιρία που εκκρεμεί;

• Υπηρετείτε εσείς ή ο/η σύζυγός σας στις ένοπλες δυνάμεις ή στα σώματα ασφαλείας;

• Έχετε απαλλαγεί εσείς ή ο σύζυγός σας ή έχετε πάρει αναβολή από τη στρατιωτική σας θητεία για λόγους υγείας και ποίους;

• Είστε ασφαλισμένος εσείς ή τα εξαρτώμενα μέλη, με οποιοδήποτε νοσοκομειακή κάλυψη της Interamerican; Αν ΝΑΙ σε ποιά;

ΝΑΙ	ΟΧΙ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Επεξηγήστε τις καταφατικές απαντήσεις όλων των παραπάνω ερωτήσεων.

Αφού διάβασα με προσοχή όλες τις παραπάνω δηλώσεις μου, βεβαιώνω ότι αυτές είναι πλήρεις και αληθινές και δέχομαι να ασφαλιστώ / ασφαλιστούν εγώ / και / τα προαναφερόμενα εξαρτώμενα πρόσωπα οικογενείας μου με βάση αυτές, σύμφωνα με τους όρους του ανωτέρω Ομαδικού Ασφαλιστηρίου που έχει συνάψει ο Συμβαλλόμενος με την Εταιρία σας.

Επίσης δέχομαι ότι η ασφάλισή μου θα ισχύσει υπό την προϋπόθεση ότι η κατάσταση της υγείας καθώς και οι υπόλοιπες συνθήκες που επηρεάζουν την ασφαλισιμότητα του προσώπου ή των προσώπων που αφορά η ασφάλιση, θα παραμένουν μέχρι την έκδοση και είσπραξη των αντίστοιχων ασφαλιστρών όπως έχουν δηλωθεί στο έγγραφο αυτό.

Επίσης δηλώνω ότι μου επιστήθηκε η προσοχή ότι γεγονότα, όπως τυχόν περιστατικά υγείας ή οποιαδήποτε δήλωση προς την Εταιρία που αφορούν τα με την παρούσα αίτηση προτεινόμενα προς ασφάλιση άτομα, τα οποία (γεγονότα) περιήλθαν σε γνώση της εξαπτίας ή με την ευκαιρία άλλου ασφαλιστηρίου αιτηθέντος από αυτή, πρέπει να δηλωθούν στην παρούσα αίτηση διότι θεωρούνται κατά αμάχητο τεκμήριο άγνωστα σε αυτή, για το λόγο δε αυτό και βεβαιώνω ότι τα δήλωσα.

Συμφωνώ δε ότι η παραλαβή της αίτησης για την ένταξή μου στην ασφάλιση και η είσπραξη οποιουδήποτε ποσού σχετικά με αυτή δεν συνεπάγεται, σε καμία περίπτωση, αποδοχή της αίτησης, η οποία θα γίνει μόνο με την έκδοση από την Εταιρία σας του πιστοποιητικού ομαδικής ασφάλισης.

Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση για τα κατωτέρω, τα οποία και αποδέχομαι :

- Η ασφαλιστική εταιρία τηρεί και επεξεργάζεται Αρχείο με προσωπικά δεδομένα των Ασφαλισμένων της, στα οποία περιλαμβάνονται και ευαίσθητα δεδομένα που αφορούν κυρίως την υγεία, με σκοπό την ομαλή λειτουργία και εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης.

- Αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων των Ασφαλισμένων δύνανται να είναι τα διαμεσολαβούντα για τη σύναψη της Σύμβασης Ασφάλισης πρόσωπα, Νοσηλευτικά Ιδρύματα, Ιατροί, Δημόσιες Αρχές βάσει επιταγών του Νόμου ή Δικαστικών Αποφάσεων, ο Συμβαλλόμενος κ.λπ.

- Ο Ασφαλισμένος έχει το δικαίωμα να λαμβάνει, κατόπιν γραπτού αιτήματός του και έναντι του ποσού που θα καθορίσει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, τα στοιχεία που τον αφορούν προσωπικά ή και να προβάλει τυχόν εύλογες αντιρρήσεις, σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στα άρθρα 12 και 13 του Νόμου 2472/1997, και πάντως μέσα στα πλαίσια της Ασφαλιστικής Σύμβασης.

- Η ασφαλιστική εταιρία έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιεί τα προσωπικά δεδομένα του κάθε Ασφαλισμένου της, πλην των ευαίσθητων, για προωθητικές ενέργειες, δικές της ή τρίτων, ο Ασφαλισμένος όμως μπορεί να καταργήσει οποτεδήποτε το ως άνω δικαίωμα της ασφαλιστικής εταιρίας με γραπτή δήλωση του προς αυτή.

Περαιτέρω εξουσιοδοτώ με την παρούσα κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο, που περιέθαλψε ή θα περιθάλψει ιατρικώς εμένα ή κάποιο από τα προαναφερόμενα πρόσωπα, να δίνει, με την επίδειξη του πρωτοτύπου ή απλού φωτοτυπικού αντιγράφου αυτής, στην ανωτέρω ασφαλιστική εταιρία κάθε πληροφορία που αφορά την υγεία μου ή την υγεία των προαναφερομένων προσώπων, την οποία αυτή θα ζητήσει σχετικά με την παρούσα αίτηση ή με οποιοδήποτε ασφαλιστήριο που εκδόθηκε με άλλη αίτηση ή τυχόν θα εκδοθεί με βάση την παρούσα.

(Τόπος – Ημερομηνία)

(Υπογραφή ασφαλιζομένου ή νομίμου εκπροσώπου
προκειμένου για ανήλικα παιδιά)