

Διεθνές Πρόγραμμα Υγείας

Αίτηση συμμετοχής

Ελλάδα



Αυτή η ενότητα συμπληρώνεται από την AXA PPP healthcare

Αριθμός συμβολαίου

Ημερομηνία έναρξης ισχύος

Συμπληρώστε το έντυπο αυτό με κεφαλαίους χαρακτήρες και σημειώνοντας τα αντίστοιχα πλαίσια. Είναι σημαντικό να παρέχετε τα παρακάτω στοιχεία, προκειμένου να αξιολογήσουμε κατάλληλα την αίτησή σας. Ως εκ τούτου, εάν μελλοντικά αποκαλυφθεί ότι δεν έχετε κοινοποιήσει σε αυτή την αίτηση τυχόν σημαντικά γεγονότα αναφορικά με το ιατρικό σας ιστορικό, ενδέχεται να αρνηθούμε να σας προσφέρουμε ωφελήματα και/ή να ακυρώσουμε το ασφαλιστήριο βάσει της μη κοινοποίησης.

1. Προσωπικά στοιχεία

Επώνυμο: (Κος/Κα/Δις/Δρ.)	Πλήρη ονόματα:						
Διεύθυνση:							
Κωδικός χώρας:	Χώρα:	Κωδικός περιοχής:	Αριθμός:	Κωδικός χώρας:	Ταχ. κώδικας:	Κωδικός περιοχής:	Αριθμός:
Αρ. Τηλεφώνου:	Αρ. Φαξ:						
Επάγγελμα:	Ημερομηνία γέννησης:	Ημέρα:	Μήνας:	Έτος:			
Εθνικότητα:	Κύρια χώρα διαμονής: (εκτός Η.Β.)						
Έχετε κάνει αίτηση για χορήγηση άδειας μόνιμης διαμονής/υπηκοότητας στις Η.Π.Α./στον Καναδά	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Εάν η κύρια χώρα διαμονής σας είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ή ο Καναδάς, αυτό το συμβόλαιο θα λήξει κατά το τέλος του πρώτου έτους διαμονής σας στη χώρα. Οι Αμερικανοί ή οι Καναδοί πολίτες των οποίων η κύρια χώρα διαμονής είναι οι Η.Π.Α. ή ο Καναδάς δεν έχουν δικαίωμα να κάνουν αίτηση για το Διεθνές Σχέδιο Υγείας.				
Αριθμός συμβολαίου εάν είστε ήδη κάτοχος ασφαλιστηρίου της AXA PPP healthcare:	<input type="text"/>						

2. Τύπος κάλυψης που απαιτείται

α) Επιλέξτε τη ζώνη κάλυψης και σημειώστε το κατάλληλο πλαίσιο:

Περιοχή 1: <input type="checkbox"/>	Περιοχή 2: <input type="checkbox"/>	Περιοχή 3: <input type="checkbox"/>
Παγκοσμίως	Παγκοσμίως εκτός Η.Π.Α. και Καναδά	Ευρώπη συμπεριλαμβανομένου και του Η.Β.

β) Επιλέξτε το επίπεδο κάλυψης που απαιτείτε και σημειώστε το κατάλληλο πλαίσιο:

Prestige <input type="checkbox"/>	Comprehensive <input type="checkbox"/>	Standard <input type="checkbox"/>	Standard <input type="checkbox"/>
(Συμπ. ταξιδιωτική ασφάλιση)			(Πάνω από £2.000).

Παρακαλώ συμπεριλάβετε την ταξιδιωτική ασφάλιση για όλα τα άτομα που καλύπτονται σε αυτή την αίτηση συμμετοχής (παρακαλούμε σημειώστε).

Σημείωση: Η ταξιδιωτική ασφάλιση διατίθεται με επιπλέον κόστος, εκτός εάν πρόκειται για το πρόγραμμα Prestige, και πρέπει να καλύπτει όλα τα άτομα που αναφέρονται στην αίτηση συμμετοχής.

3. Πρόσθετα μέλη της οικογένειας που θα συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα

Δώστε τα πλήρη ονόματα	Σχέση με τον κάτοχο συμβολαίου:	Ημερομηνία γέννησης:		
		Ημέρα	Μήνας	Έτος
1				
2				
3				
4				

4. Πληρωμή ασφαλιστρών

α) Θα ήθελα να πληρώνω τα ασφαλιστρά μου: Ετησίως Τριμηνιαίως Μηνιαίως

β) Θα ήθελα να πληρώνω τα ασφαλιστρά με: Άμεση χρέωση Πιστωτική κάρτα Επιταγή/Τραπεζική επιταγή σε στερλίνες

(μόνο για τις τράπεζες του Η.Β.) (Ανατρέξτε στην ενότητα 8) (Ανατρέξτε στην ενότητα 9) Παρακαλούμε εκδώστε επιταγή πληρωτέα στην AXA PPP healthcare (μόνο για την ετήσια πληρωμή)

5. Ιατρός ή ιατροί που επισκεφθήκατε συχνότερα τα τελευταία 5 έτη

Όνοματεπώνυμο	
Διεύθυνση	
Αρ. τηλεφώνου	Αρ. φαξ

Πρόσθετες ερωτήσεις:

1. Λαμβάνετε θεραπεία οποιασδήποτε μορφής εκτός από αυτή που αναφέρεται ανωτέρω ή λαμβάνετε φάρμακα οποιουδήποτε είδους που πρέπει να δηλώσετε καλή τη πίστιε; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αν ναι, παρακαλούμε αναφέρετε λεπτομερώς:
2. Κάνετε τακτικά τσεκ-απ όπως για παράδειγμα για λόγους υπέρτασης, υψηλής χοληστερόλης, αυξημένο PSA (ειδικό προστατικό αντιγόνο). Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αν ναι, παρακαλούμε αναφέρετε λεπτομερώς:

Πρέπει να αναφέρετε όλες τις παθήσεις από τις οποίες τυχόν πάσχατε εσείς ή κάποιος άλλος από τους αιτούντες οποιαδήποτε στιγμή της ζωής σας και οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη μελλοντική σας υγεία. Εάν έχετε αμφιβολίες κατά πόσο κάποια πάθηση θα πρέπει να αναφερθεί στην αίτηση αυτή, θα πρέπει να τη δηλώσετε καλή τη πίστιε.

Μέρος Β. Πρόσθετες πληροφορίες (Παρακαλούμε συνεχίστε σε χωριστή σελίδα εάν είναι απαραίτητο. Σημειώστε αυτό το πλαίσιο εάν επισυνάπτονται σελίδες)

Εάν έχετε απαντήσει να σε οποιαδήποτε ερώτηση του μέρους Α, παρακαλούμε δώστε λεπτομερή στοιχεία εδώ ή αναγράψτε οτιδήποτε άλλο πρέπει να μας κοινοποιήσετε καλή τη πίστιε.

1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς	

7. Υπογραφή και δήλωση

Δήλωση: Δηλώνω ότι έζησα έξι ή περισσότερους μήνες του έτους εκτός Η.Β. Επίσης, δηλώνω ότι, εξ όσων γνωρίζω και πιστεύω, οι δηλώσεις της παρούσας αίτησης συμμετοχής είναι πλήρεις, αληθείς και ορθές, καθώς και ότι θα αναγνώσω το εγχειρίδιο του Διεθνούς Προγράμματος Υγείας όταν το παραλάβω και ότι συμφωνώ να δεσμευτώ από αυτό, εκτός εάν ακυρώσω την εγγραφή εντός 30 ημερών μετά την αποδοχή της αίτησής μου. Συμφωνώ η αποδοχή της αίτησής μου να γίνει στη βάση των δηλώσεων αυτών. Κατανόω ότι θα εκδώσετε τα έγγραφα που αφορούν το συμβόλαιο, τις γραπτές ανακοινώσεις και τα στοιχεία μέλους στα Αγγλικά, εκτός εάν υπάρχει άλλη ειδική γραπτή συμφωνία μεταξύ μας, να επικοινωνούμε χρησιμοποιώντας άλλη γλώσσα. Επίσης, κατανόω ότι θα αποστείλετε όλη την αλληλογραφία που αφορά αυτή την αίτηση στον κύριο ασφαλισμένο, εκτός εάν με επιστολή μου δώσω διαφορετική εντολή.

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

Παρακαλούμε σημειώστε: Σας συνιστούμε να κρατήσετε αρχείο των πληροφοριών που παρέχονται σε σχέση με την παρούσα αίτηση, συμπεριλαμβανομένων των επιστολών που θα μας αποστείλετε. Εάν επιθυμείτε αντίγραφο της αίτησής αυτής, ενημερώστε μας σχετικά εντός τριών μηνών.

Νόμος περί προστασίας προσωπικών δεδομένων – Όταν σας ζητάμε προσωπικά στοιχεία, θα εμφανίζεται αυτό το σύμβολο. Προκειμένου να συντάξει και να διαχειριστεί το συμβόλαιό σας, η AXA PPP healthcare limited και κάθε εμπλεκόμενος μεσάζοντας θα διατηρεί και θα χρησιμοποιεί στοιχεία σας, καθώς και στοιχεία οποιουδήποτε μέλους της οικογένειάς που καλύπτεται από το συμβόλαιό σας, τα οποία παρέχονται από εσάς ή από τα συγκεκριμένα μέλη της οικογένειάς και από τους παρόχους ιατρικής περίθαλψης ή από τον εργοδότη σας. Ενδέχεται να αποσταλούν εμπιστευτικά σε άλλες εταιρείες, για επεξεργασία, συμπεριλαμβανομένων των εταιρειών που βρίσκονται εκτός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου. Προκειμένου να προληφθεί η απάτη, ενδέχεται να αποκαλύψουμε στοιχεία για οποιοδήποτε πρόσωπο που καλύπτει το συμβόλαιό σας, όταν υφίσταται νομική απαίτηση εκ μέρους μας ή σε περίπτωση που αυτό θα μας βοηθήσει να αποτρέψουμε την απάτη ή την υποβολή ανάμυστων απαιτήσεων. Υπογράφοντας αυτό το έντυπο εσείς και τα μέλη της οικογένειάς που καλύπτονται από το συμβόλαιό σας συγκατατίθεστε σε τέτοιου είδους χρήση των εν λόγω προσωπικών δεδομένων.

Ενδέχεται να επικοινωνούμε μαζί σας ταχυδρομικά, τηλεφωνικά ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου για να σας ενημερώνουμε για τα υπόλοιπα προϊόντα και τις υπηρεσίες μας. Επίσης, ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε ορισμένα από τα προσωπικά σας δεδομένα σε άλλες εταιρείες του ομίλου AXA (ή σε άλλες προσεκτικά επιλεγμένες εταιρείες) που εδρεύουν εντός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, προκειμένου να τους δώσουμε τη δυνατότητα να επικοινωνούν μαζί σας και να σας ενημερώνουν για τα προϊόντα και τις υπηρεσίες τους και, εάν είναι απαραίτητο, να τα παρέχουν.

Εάν δεν επιθυμείτε να συμπεριληφθείτε στο πρόγραμμα μάρκετινγκ της εταιρείας μας, σημειώστε το πλαίσιο.

Αφού συμπληρώσετε αυτό το έντυπο αίτησης και υπογράψετε τη δήλωση, στείλτε το στη διεύθυνση: AXA PPP healthcare, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent TN1 2PL, UK

(Μόνο για υπηρεσιακή χρήση από την AXA PPP healthcare)

Σφραγίδα ασφαλιστή

8. Εντολή προς την τράπεζά σας

Εντολή προς την τράπεζά σας ή την κτηματική τράπεζα για πληρωμή με άμεση χρέωση

Παρακαλούμε συμπληρώστε το έντυπο **συμπεριλαμβανομένου του πλαισίου υπηρεσιακής χρήσης**, χρησιμοποιώντας στυλό διαρκείας και στείλτε το στη διεύθυνση: AXA PPP healthcare, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent TN1 2PL.

Αριθμός ταυτότητας εκδότη

9 9 1 3 3 3

Αποκλειστικά για εσωτερική χρήση από την AXA PPP healthcare
Το παρόν δεν αποτελεί μέρος της εντολής προς την τράπεζά σας ή την κτηματική τράπεζα.

Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το πλαίσιο, εάν πληρώνετε για λογαριασμό του κατόχου του ασφαλιστηρίου.
Ονοματεπώνυμο και διεύθυνση κατόχου λογαριασμού:

Αριθμός Τηλεφώνου
Ονοματεπώνυμο κατόχου ασφαλιστηρίου:

6 Εντολή προς την τράπεζά σας ή την κτηματική τράπεζα.
Παρακαλούμε να καταβάλετε στην AXA PPP healthcare τις άμεσες χρεώσεις από το λογαριασμό που αναφέρεται στην παρούσα Εντολή, η οποία υπόκειται στις διατάξεις ασφαλείας που εξασφαλίζονται από την Εγγύηση άμεσης χρέωσης. Κατανόω ότι η παρούσα Εντολή ενδέχεται να παραμείνει στη διάθεση της AXA PPP healthcare και, εάν συμβεί αυτό, τα στοιχεία θα μεταβιβαστούν ηλεκτρονικά στην τράπεζά μου/την κτηματική τράπεζα.

Υπογραφή _____ Ημερομηνία _____

Οι τράπεζες και οι κτηματικές τράπεζες ενδέχεται να μην δέχονται εντολές άμεσης χρέωσης για ορισμένους τύπους λογαριασμών

Παρακαλούμε αποκόψτε και κρατήστε αυτή την εγγύηση.

Η εγγύηση άμεσης χρέωσης

- Η παρούσα εγγύηση παρέχεται από όλες τις τράπεζες και τις κτηματικές τράπεζες που συμμετέχουν στο Σχέδιο Άμεσης Χρέωσης. Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια του Σχεδίου ελέγχεται και προστατεύεται από την τράπεζά σας ή από την κτηματική τράπεζα.
- Εάν αλλάξουν τα ποσά που πρόκειται να καταβληθούν ή οι ημερομηνίες πληρωμής, η AXA PPP healthcare θα σας ειδοποιήσει 14 ημέρες πριν από τη χρέωση του λογαριασμού σας ή όπως αλλιώς έχει συμφωνηθεί.
- Εάν προκύψει σφάλμα είτε από την AXA PPP healthcare είτε από την τράπεζα είτε από την κτηματική τράπεζα, σας εγγυούμαστε πλήρη και άμεση αποζημίωση από το υποκατάστημά σας με το ποσό που καταβλήθηκε.
- Μπορείτε να ακυρώσετε την άμεση χρέωση οποιαδήποτε στιγμή, με επιστολή σας στην τράπεζα ή στην κτηματική τράπεζα. Επίσης, στείλτε ένα αντίγραφο της επιστολής σας στην εταιρεία μας.





PPP HEALTHCARE

AXA PPP healthcare limited. Έδρα Εταιρείας: 5 Old Broad Street, London EC2N 1AD, United Kingdom.
Αριθμός μητρώου 3148119, Αγγλία. Με εξουσιοδότηση και υπό την εποπτεία της Αρχής Χρηματοοικονομικών Υπηρεσιών. © AXA PPP healthcare 2007.
Προκειμένου να διατηρήσουμε την ποιότητα υπηρεσιών, οι τηλεφωνικές συνδιαλέξεις ενδέχεται να παρακολουθούνται ή να ηχογραφούνται.

PB32156

9. Εξουσιοδότηση πιστωτικής κάρτας

Έντυπο εξουσιοδότησης πιστωτικής κάρτας

Προς: AXA PPP healthcare. Σας εξουσιοδοτώ μέχρι νεώτερης γραπτής ειδοποίησης, να χρεώνετε στο λογαριασμό της πιστωτικής μου κάρτας Mastercard/Visa μη καθορισμένα χρηματικά ποσά σχετικά με τα ασφάλιστρα για τις συμμετοχές μου στην AXA PPP healthcare όπως και όταν είναι πληρωτέα, έως ότου η παρούσα εντολή ανακληθεί από δική μου γραπτή ειδοποίηση στην AXA PPP healthcare.

Θα σας σταλεί ειδοποίηση τουλάχιστον ένα μήνα πριν από την οποιαδήποτε αύξηση συμμετοχής.

Αριθμός πιστωτικής κάρτας

Εισαγάγετε τον αριθμό της αντίστοιχης πιστωτικής κάρτας σας.



Παρακαλούμε σημειώστε



Παρακαλούμε σημειώστε

Παρακαλούμε χρησιμοποιήστε κεφαλαίους χαρακτήρες

Επώνυμο Κος/Κα/Δις: (όπως αναγράφονται στην πιστωτική κάρτα) _____

Όνόματα: (όπως αναγράφονται στην πιστωτική κάρτα) _____

Διεύθυνση: _____ Ταχ. κώδικας: _____

Αριθμός τηλεφώνου: _____

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

Ημερομηνία λήξης

Αρ. συμμετοχής AXA PPP healthcare

AXA PPP healthcare limited. Έδρα Εταιρείας: 5 Old Broad Street, London EC2N 1AD, United Kingdom.
Αριθμός μητρώου 3148119, Αγγλία. Με εξουσιοδότηση και υπό την εποπτεία της Αρχής Χρηματοοικονομικών Υπηρεσιών. © AXA PPP healthcare 2007.
Προκειμένου να διατηρήσουμε την ποιότητα υπηρεσιών, οι τηλεφωνικές συνδιαλέξεις ενδέχεται να παρακολουθούνται ή να ηχογραφούνται.

PB32156