

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ENROLMENT FORM FOR GROUP MEDICAL SCHEME**

**Ασφαλιζόμενος / Insured**

Όνομα Συμβαλλόμενου:  
Policy Ower:

Αρ. Συμβολαίου:  
Policy No:

Όνομα:  
Name:  Επώνυμο:  
Surname:

Ημερ. Γεννήσεως:  
Date of Birth:  Αρ. Ταυτ./Διαβατ.:  
ID/Passport No:

Υψος / Βάρος:  
Height / Weight:  Φύλο:  
Sex:

Διεύθυνση Κατοικίας:  
Home Address:  Τ.Τ.  
P.C.:

Τηλ.:  E-mail:  
Tel:  E-mail:

**Εξαρτώμενα Πρόσωπα / Dependents**

Όνομα: Name:	Επώνυμο: Surname:	Συγγένεια με τον Ασφαλιζόμενο: Relationship with the Insured:	Ημερομηνία Γέννησης: Date of Birth:	Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου: I.D. No. Passport No.:	Φύλο: Sex:	Υψος/ Βάρος: Height/ Weight:
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

**Ιατρικό Ιστορικό / Medical History**

Όλες οι ερωτήσεις αφορούν τον ασφαλισμένο και τα εξαρτώμενα του / All questions are for the Insured and his/her dependants

Έχετε ή είχατε ποτέ: / Have you ever suffered from:

	Ασφ/νος Insured		Σύζυγος Spouse		Παιδιά Children	
	Ναι Yes	Όχι No	Ναι Yes	Όχι No	Ναι Yes	Όχι No
1. Πρόβλημα καρδιάς ή μη φυσιολογικού καρδιογραφήματος, πάθηση αίματος, αιμοφόρων αγγείων, αναιμία ή ψηλή πίεση; / Heart problem, abnormal electrocardiography, blood disease, circulatory trouble, any kind of anemia or high blood pressure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Πάθηση πνευμόνων, βρόγχων ή άλλο σθητικό νόσημα; / Asthma, bronchitis, pleurisy, pneumonia, tuberculosis or any other lung complaint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Πάθηση στομάχου, (έλκος κλπ), εντέρων ή ήπατος; / Indigestion, gastric or duodenal ulcer, chronic or recurrent diarrhea or any complaint of the stomach or bowels or Liver disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Κωλικό νεφρού, πάθηση ουροποιητικού συστήματος, πέτρες, αίμα, λεύκωμα ή σάκχαρο στα ούρα; / Gout, diabetes or any disorder of the kidneys, bladder or urinary system, enlarged glands or any form of cancer, tumour or disorder of the urine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ασφ/νος Insured		Σύζυγος Spouse		Παιδιά Children	
	Ναι Yes	Όχι No	Ναι Yes	Όχι No	Ναι Yes	Όχι No
5. Διαβήτη (σάκχαρο) ψηλή χοληστερόλη ή τριγλυκερίδια, πάθηση θυροειδούς, λεμφαδένων, όγκο ή καρκίνο; / <i>Diabetes, high cholesterol and triglycerides, any metabolic disease, thyroid disease or any kind of tumour?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ρευματικό πυρετό, αρθριτικά, οσφουαλγία ή άλλες παθήσεις οστών, αρθρώσεων ή σπονδυλικής στήλης, κατάγματα ή αναπηρίες; / <i>Rheumatic fever, arthritis, lumbago, gout or any bone or joint disease, spinal column disease?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ιλίγγους, απώλεια αισθήσεων, διανοητικές διαταραχές, σπασμούς, επιληψία, παράλυση ή άλλη πάθηση εγκεφάλου ή νευρικού συστήματος ή οποιαδήποτε άλλη σωματική αναπηρία; / <i>Vertigo, epilepsy, fainting attacks or any disorder of the mental or nervous system or cerebral disease or any other physical disability?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Πάθηση ματιών, αυτιών, ιγμόρειων, λαιμού ή στόματος; / <i>Any disease or disorder of the eyes, ears, nose, throat or mouth?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Κύστη κόκκυγας, αιμορροΐδες, κήλη, περιεδρικό συρίγγιο, κηρούς; / <i>Cyst of coccyx, hemorrhoids, any kind of celes fistula or varicose veins?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Πόνο στο στήθος, ταχυπαλμία, δύσπνοια; / <i>Chest pain, tachycardia or shortness of breath?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Μολυσματική μεταδοτική ασθένεια (Σύφιλης ή γονόρια) ή έχετε πάρει ιατρική συμβουλή, θεραπεία ή αναλύσεις αίματος που συσχετίζονται με τα προηγούμενα ή αναλύσεις για ηπατίτιδα και AIDS; / <i>Any sexually transmitted disease (such as syphilis or gonorrhoea) or ever sought medical advice, treatment or a blood test in connection with a viral disease (such as hepatitis B or AIDS)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Υποβληθεί σε εγχείρηση ή παραμείνατε σε νοσοκομείο ή κλινική; / <i>Have you ever been operated or hospitalized for any reason?</i> / Υποφέρει ή υποφέρετε από τις ασθένειες Σκλήρυνση κατά πλάκας ή νόσο Πάρκινσον; / <i>Multiple Sclerosis or Parkinson's disease?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Κάνει οποιανδήποτε μετάγγιση αίματος ή στοιχείων του αίματος κατά τον τελευταίο χρόνο; / <i>Have you ever received treatment with any blood products or undergone a blood transfusion within the last year?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Απορριφθεί σαν δότης αίματος ή έχετε το στίγμα μεσογειακής αναιμίας; / <i>Have you ever been rejected as a blood donor or are you a trait b carrier?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Πάρετε ποτέ φάρμακα ή άλλες ουσίες ενδοφλεβίως, χωρίς τη συνταγή του γιατρού; / <i>Have you ever taken medication or other substances intravenously, without a doctor's prescription?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Κάνει ακτινογραφίες, καρδιογραφήματα, αναλύσεις ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις ή check-up κατά τα τελευταία πέντε χρόνια; / <i>Have you had X-rays, Electrocardiography, blood tests or any other diagnostic check or check up during the last five years?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πότε; / <i>When?</i> <input type="text"/> Γιατί; / <i>Why?</i> <input type="text"/>						
17. Επισκεφτεί γιατρό; / <i>Have you ever visited a doctor?</i> Αν Ναι, πότε ήταν η τελευταία φορά; / <i>If Yes, when was the last time?</i> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Για πιο λόγο; / <i>What was the main reason?</i> <input type="text"/>						
18. Δώστε το όνομα και διεύθυνση του προσωπικού σας γιατρού. / <i>Please give details of name and address of your usual doctor.</i> <input type="text"/>						
19. Για γυναίκες μόνον / <i>For females only</i> - Είστε έγκυος; / <i>Are you pregnant?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Εάν Ναι, πόσων μηνών; / <i>If Yes, in which month?</i> <input type="text"/>						
20. Υπέφεραν ή υποφέρουν οι γονείς ή τα αδέρφια σας (είτε ζουν είτε όχι) από διαβήτη, καρδιοπάθεια, όγκο ή καρκίνο, ασθένεια Huntington's, πολυκυστικούς νεφρούς, εγκεφαλικό επεισόδιο, κατά πλάκα σκλήρυνση, νευροπάθειες ή υπέρταση; / <i>Do any of your parents, brothers or sister suffer or have suffered (dead or alive) from diabetes, heart problems, tumour, cancer, Huntigton's disease, polycystic kidneys, stroke, multiple sclerosis, neuropathies or hypertension?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Δώστε περισσότερες πληροφορίες για τις πιο πάνω ερωτήσεις όπου η απάντησή σας είναι θετική, αναφέροντας και το πρόσωπο στο οποίο αφορά η κάθε ερώτηση: / *If you answer "yes" to any of the above questions, please give appropriate details, indicating the person for whom the questions is relevant:*

Αρ. Ερώτησης  
Question No

Σχόλια  
Details


**Ασφαλιστικό Ιστορικό – Τρόπος Ζωής / Insurance History – Life Style**

	Ασφ/νος Insured		Σύζυγος Spouse		Παιδιά Children	
	Ναι Yes	Όχι No	Ναι Yes	Όχι No	Ναι Yes	Όχι No
1. Έχει απορριφθεί αίτησή σας για ασφάλιση Ζωής, Προσωπικών Ατυχημάτων ή Υγείας από οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία ή γίνεται αποδεκτή με ειδικούς όρους; / <i>Have you ever been rejected for a Life, Personal Accident or Health Insurance or accepted under special conditions by any insurance company?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Είστε ασφαλισμένος με Σχέδιο Υγείας με την Εθνική ή οποιαδήποτε άλλη Εταιρεία. Αν Ναι, δώστε το όνομα της Εταιρείας. / <i>Do you have Health Insurance with Ethniki Insurance or any other insurance company? If Yes, please give the name of the company.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Καπνίζετε; Αν Ναι για πόσα χρόνια; / <i>Do you smoke? For how many years have you been smoking?</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ποια είναι η καθημερινή σας κατανάλωση σε καπνό; / <i>What is your daily consumption in tobacco?</i> ..... αλκοόλ; / <i>alcohol?</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ταξιδεύετε συχνά στο εξωτερικό εκτός για σκοπούς αναψυχής; Αν Ναι πόσο συχνά και που; / <i>Do you travel abroad other than for amusement purposes? How often and where?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ασχολείστε με οποιοδήποτε σπορ; / <i>Are you into any sports?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Δώστε περισσότερες πληροφορίες για τις πιο πάνω ερωτήσεις που η απάντησή σας είναι θετική: / *If you answer "yes" to any of the above questions, please give appropriate details.*

Αρ. Ερώτησης  
Question No

Σχόλια  
Details


Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά τις πιο κάτω δηλώσεις και βεβαιωθείτε για την ορθότητα του περιεχομένου των απαντήσεων σας στις ερωτήσεις που περιέχονται στην παρούσα πρόταση για ασφάλιση πριν την υπογράψετε.  
Please read the following declarations very carefully and be sure for the correction of your answers regarding the questions contained in this proposal before signing the Form.

### Δήλωση / Declaration

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες και απαντήσεις που δόθηκαν από εμένα είναι αληθείς και ακριβείς, έχουν καταχωρηθεί σωστά και δεν απέκρυψα, αποσιώπησα ή παρέλειψα οποιαδήποτε ουσιώδη στοιχεία που μπορεί να επηρεάσουν την ακριβή εκτίμηση του κινδύνου που αναλαμβάνει η Εταιρεία για τα πρόσωπα που προτείνονται για ασφάλιση. Επίσης εξουσιοδοτώ την Εταιρεία να ζητήσει πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας μου ή των εξαρτημένων μου, που προτείνονται για ασφάλιση, από οποιοδήποτε γιατρό ή νοσοκομείο καθώς και πληροφορίες από οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία προς την οποία έχει υποβληθεί αίτηση για ασφάλιση παρόμοιας φύσης. Δέχομαι ότι η Αίτηση αυτή αποτελεί τη βάση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου που θα εκδοθεί από την Εθνική Γενικών Ασφαλειών (Κύπρου) Λτδ η ισχύς του οποίου θα αρχίζει μετά την πληρωμή ολόκληρης της πρώτης δόσης των ασφαλιστρών και την αποδοχή του ασφαλιστικού κινδύνου από την Εταιρεία.

*I declare that all the statements and details given by me are true and correct, and that no material information that can affect the underwriting decision of the Company regarding the proposed person (s) has been concealed, altered or presented inaccurately. I also grant my consent to the Company to collect information from any medical practitioner or hospital regarding my health status or of that of my dependants proposed for insurance or information from any insurance company to which a proposal for similar insurance has been submitted.*

*I also agree that this proposal shall be part of the Insurance Policy between me and Ethniki General Insurance (Cyprus) Ltd which will be in full force after the payment of the first premium installment and the acceptance of the insurance risk by the Company.*

Υπογραφή Προτείνοντος:  
Proposer's Signature:

Ημερομηνία:  
Date:

Όνομα Διαμεσολαβητή:  
Agent's Name:

Υπογραφή:  
Signature:

Κωδικός:  
Code:

Υπογραφή Ιδιοκτήτη:  
Owner's Signature:

Όνομα Δ/τη Γρ. Πωλήσεων  
Name of Agency Manager

Υπογραφή  
Signature

**ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ****ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

Δηλώνω ότι:

- Ενημερώθηκα προφορικά και μέσω της ιστοσελίδας της Εθνικής Ασφαλιστικής (Κύπρου) Λτδ («η Εταιρία») για:
  - την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που πραγματοποιεί η Εταιρία.
  - τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων μου.
- Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των δεδομένων μου είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης που αιτούμαι και ότι η τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον θα έχει ως αποτέλεσμα την ακύρωση της σύμβασης ασφάλισης με άμεση ισχύ.
- Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην Εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μου.

**Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ / ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ**ΣΥΝΑΙΝΩ  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ 

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

**Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ**ΣΥΝΑΙΝΩ  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ 

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

**Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ**ΣΥΝΑΙΝΩ  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ 

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

**Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ**ΣΥΝΑΙΝΩ  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ 

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

**ΕΙΔΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ/ΠΡΟΩΘΗΤΙΚΟΥΣ/ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ**

Ενημερώθηκα ρητώς, ότι υπό την προϋπόθεση της κατωτέρω ρητής συναίνεσής μου η Εταιρία θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Εταιρίας, ή για σκοπούς έρευνας σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών εκ μέρους της.

Για την επίτευξη του ως άνω σκοπού ενδέχεται να διαβιβαστούν δεδομένα μου σε συνεργαζόμενες εταιρίες έρευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών.

Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας ενημερώθηκα για το δικαίωμά μου να εναντιωθώ ανά πάσα στιγμή σε αυτήν μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην Εταιρία.

**Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ / ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ**ΣΥΝΑΙΝΩ  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ 

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

**Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ**ΣΥΝΑΙΝΩ  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ 

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

**Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ**ΣΥΝΑΙΝΩ  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ 

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

**Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ**ΣΥΝΑΙΝΩ  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ 

Όνοματεπώνυμο και ΑΔΤ:

Υπογραφή:

Ημερομηνία .....

Τόπος Υπογραφής .....