

ΜΕΡΟΣ Γ – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙ ΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΤΟ

1. Ποία τα προστατευόμενα μέλη σας; (εάν χρειάζεται περισσότερος χώρος συμπληρώστε και άλλο έντυπο)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	ΥΨΟΣ	ΒΑΡΟΣ	ΜΗ ΓΡΑΦΕΤΕ ΣΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΑΣ ΜΟΝΟ)

2. Διεύθυνση των προστατευομένων μελών:

3. Μήπως κάποιο από τα παραπάνω άτομα:
 Α. Έπασχε ή θεραπεύθηκε από οποιαδήποτε από τις παρακάτω αρρώστιες (συμπληρώστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ)

Καρδιά	Πνεύμονες	Ουρογεννητικό σύστημα	Όγκοι	Διαβήτη	Νευρικές Διαταραχές
Υψηλή Πίεση	Νεφρά	Στομάχι ή έντερα	Καρκίνος	Πλάτη ή Αρθρώσεις	Κήλη

ΝΑΙ ΟΧΙ

- Β. Παρέμεινα σε Νοσοκομείο ή Κλινική κατά τα 3 τελευταία χρόνια;
- Γ. Εξετάστηκε ή συμβουλευτήκε Ιατρό κατά τα τελευταία 3 χρόνια;
- Δ. Μήπως του πρότειναν να μπει σε Νοσοκομείο ή Κλινική για εξετάσεις και δεν το έκανε;
- Ε. Μήπως του πρότειναν να κάνει εγχείρηση και δεν την έκανε;
- Ζ. Μήπως έχει καμία σωματική βλάβη, ατέλεια ή αρρώστια που δεν την καλύπτουν οι ερωτήσεις 3α-3γ;
- Η. Προκειμένου για γυναίκα, μήπως είναι έγκυος;

4. Αν απαντήσατε με ΝΑΙ για οποιοδήποτε προστατευόμενο άτομο σε μία ή περισσότερες από τις παραπάνω ερωτήσεις δώστε περισσότερες πληροφορίες παρακάτω.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΣ	ΛΕΠΤΟΜΕΡΗΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ ΑΡΙΘ. ΠΡΟΣΒΟΛΩΝ ΜΗΠΩΣ ΕΓΙΝΕ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ	ΠΟΤΕ ΠΙΝΑΤΕ ΤΕΛΕΙΩΣ ΚΑΛΑ ΜΗΝΑΣ - ΕΤΟΣ	ΟΝΟΜΑΤΑ & ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ & ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι η Εταιρεία τηρεί και επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα, ευαίσθητα ή μη, που αφορούν εμένα ή και τα καλυπτόμενα μέλη, τα οποία εγώ γνωστοποίησα σ' αυτή ή τα έλαβε ή θα τα λάβει με άλλο νόμιμο τρόπο από τρίτα πρόσωπα και δηλώνω ότι έλαβα πλήρη γνώση των όσων αναφέρονται στα σχετικά όρα περί επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα νόμο 138(1)2001.

Επίσης εξουσιοδοτώ οποιοδήποτε γιατρό η νοσοκομείο, ιδιωτική κλινική, ασφαλιστική Εταιρεία ή άλλο οργανισμό, ίδρυμα ή πρόσωπο που έχει αποδείξεις ή γνωρίζει κάτι για μένα ή για την υγεία μου, που να επιρεάζει την Ασφαλισιμότητα μου, να δώσει στην AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY ή στον ασφαλιστικό μου σύμβουλο όλες τις πληροφορίες σε σχέση με μένα συμπεριλαμβανομένων και των πληροφοριών για την υγεία και το ιατρικό ιστορικό, νοσηλεία σε νοσοκομεία, ιατρική συμβουλή, διάγνωση, θεραπεία, πάθηση ή ενόχληση.

Δέχομαι την ευθύνη για τις απαντήσεις και δηλώσεις που περιλαμβάνονται σε αυτή αίτηση. Αναγνωρίζω επίσης ότι οποιαδήποτε προϋπάρχουσα πάθηση δεν έχει δηλωθεί από εμένα και εγκριθεί από την Alico AIG Life δεν θα είναι καλυπτόμενη.

Ημερομηνία..... Μάρτυρας..... Υπογραφή.....