

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ

- ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ / ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
- ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΖΩΗΣ / ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
- ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
- ΠΑΡΑΔΟΣΗ / ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΖΩΗΣ / ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΩΝ ΖΩΗΣ/ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΖΩΗΣ / ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
.....
.....
.....
.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ:

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ (1): ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ (2):

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ (3): Α.Φ.Μ:

ΤΥΠΟΣ: ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ

Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: ΗΜ. ΛΗΞΗΣ ΑΡ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΠΟΛΗ:

ΤΑΧ.ΚΩΔ.: ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (1): ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (2):

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (1): ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (2):

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ:

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ (1): ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ (2):

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ (3): Α.Φ.Μ:

ΤΥΠΟΣ: ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ

Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: ΗΜ. ΛΗΞΗΣ ΑΡ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΠΟΛΗ:

ΤΑΧ.ΚΩΔ.: ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (1): ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (2):

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (1): ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (2):

Καλυπτόμενα μέλη	Ημερ/νία γέννησης	Ύψος	Βάρος	Κατηγορία	Περιγραφή Επαγγέλματος	Διεύθυνση Εργασίας

Παρακαλώ όπως γίνουν οι πιο κάτω τροποποιήσεις που ζητούνται βάσει των όρων των πιο πάνω Ασφαλιστηρίων και οι οποίες θα ισχύουν από τη στιγμή που καταχωρούνται σε αυτά από την Εταιρία.

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΖΩΗΣ / ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

1. ΑΛΛΑΓΗ ΟΝΟΜΑΤΟΣ

ΝΕΟ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:

ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ:

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ:

ΑΙΤΙΑ:

2. ΑΛΛΑΓΗ ΚΥΡΙΟΤΗΤΑΣ

(Σε περίπτωση αλλαγής κυριότητας σε ασφαλιστήριο Ζωής απαιτείται η συμπλήρωση του ανωτέρω πίνακα με τα στοιχεία του νέου αντισυμβαλλόμενου)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΝΕΟΥ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ:

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

(ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕΙ ΑΝ Ο ΝΕΟΣ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ ΘΑ ΕΧΕΙ ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΑ / ΣΠΑ, ΩΣΤΕ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΟΥΝ ΟΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ)

3. ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΕ

4. ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ (σε περίπτωση Ασφάλισης του Κινδύνου Θανάτου του Ασφαλισμένου)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΧΕΣΗ

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΣ

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ (σε περίπτωση Ασφάλισης του Κινδύνου Θανάτου του Καλυπτόμενου/ης Συζύγου)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΧΕΣΗ

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΣ

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΟΥ/ΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ

(Εφόσον αιτείται κάλυψης Α1-Οικογενειακή Προστασία σε περίπτωση Ατυχήματος)

5. **ΑΛΛΑΓΗ Α.Φ.Μ. Ή ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ** ΣΕ
6. **ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΥΧΟΝ Π.Υ.Μ.Α.** ΠΟΣΟ
7. **ΕΚΔΟΣΗ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ** ΑΙΤΙΑ
8. **ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΠΛΗΡΩΜΗΣ** ΣΕ
9. **ΑΛΛΑΓΗ ΕΙΔΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ** ΣΕ

10. ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΩΝ ΖΩΗΣ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ

ΑΛΛΑΓΗ

.....

.....

.....

11. ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ (αφορά στα μερίδια που θα αγοραστούν μετά την ολοκλήρωση της τροποποίησης)

- MetLife Europe Bond Multifund I % MetLife Greek Equity Multifund II % MetLife Global Equity Multifund III %
- MetLife Global Bond Multifund IV % MetLife Commodity Multifund V % MetLife Emerging Markets Equity Multifund VI %
- MetLife Dollar Bond Multifund VII % MetLife Dollar Equity Multifund VIII % MetLife Emerging Markets Bond Multifund IX %
- MetLife Global Corporate Bond Multifund X % MetLife Global Inflation Linked Bond Multifund XI %
- MetLife European Equity Multifund XII % MetLife Money Market %

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΞΙΑΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (αφορά στο σύνολο μεριδίων που έχει ο πελάτης στο λογαριασμό του μέχρι την ολοκλήρωση της τροποποίησης)

- MetLife Europe Bond Multifund I % MetLife Greek Equity Multifund II % MetLife Global Equity Multifund III %
- MetLife Global Bond Multifund IV % MetLife Commodity Multifund V % MetLife Emerging Markets Equity Multifund VI %
- MetLife Dollar Bond Multifund VII % MetLife Dollar Equity Multifund VIII % MetLife Emerging Markets Bond Multifund IX %
- MetLife Global Corporate Bond Multifund X % MetLife Global Inflation Linked Bond Multifund XI %
- MetLife European Equity Multifund XII % MetLife Money Market %

ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΞΙΑΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (αφορά στο σύνολο των μεριδίων που έχει ο ασφαλισμένος στο λογαριασμό του μέχρι την ολοκλήρωση της τροποποίησης και στα μερίδια που θα αγοραστούν μετά την ολοκλήρωση της τροποποίησης)

- MetLife Invest 1 % MetLife Invest 2 % MetLife Invest 3 %
- MetLife Europe Bond Multifund I % MetLife Greek Equity Multifund II % MetLife Global Equity Multifund III %
- MetLife Global Bond Multifund IV % MetLife Commodity Multifund V % MetLife Emerging Markets Equity Multifund VI %
- MetLife Dollar Bond Multifund VII % MetLife Dollar Equity Multifund VIII % MetLife Emerging Markets Bond Multifund IX %
- MetLife Global Corporate Bond Multifund X % MetLife Global Inflation Linked Bond Multifund XI %
- MetLife European Equity Multifund XII % MetLife Money Market %

ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΠΡΟΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

(αφορά στο σύνολο των μεριδίων που έχει ο ασφαλισμένος στο λογαριασμό του μέχρι την ολοκλήρωση της τροποποίησης και στα μερίδια που θα αγοράστούν μετά την ολοκλήρωση της τροποποίησης)

MetLife Conservative Strategy (MetLife Global Bond Multifund IV 45%,
MetLife Global Inflation Linked Bond Multifund XI 5%, MetLife Money Market 50%)

MetLife Income Strategy (MetLife Global Bond Multifund IV 50%, MetLife Global Inflation Linked Bond Multifund XI 6%,
MetLife Global Corporate Bond Multifund X 5%, MetLife Europe Bond Multifund I 7%, MetLife Dollar Bond Multifund VII 7%,
MetLife Global Equity Multifund III 15%, MetLife Money Market 10%)

MetLife Balanced Strategy (MetLife Global Bond Multifund IV 34%, MetLife Global Corporate Bond Multifund X 4%,
MetLife Europe Bond Multifund I 4%, MetLife Dollar Bond Multifund VII 4%, MetLife Emerging Markets Bond Multifund IX 4%,
MetLife Global Equity Multifund III 32%, MetLife Dollar Equity Multifund VIII 6%, MetLife Emerging Markets Equity Multifund VI 7%,
MetLife Commodity Multifund V 5%)

MetLife Capital Appreciation Strategy (MetLife Global Bond Multifund IV 25%, MetLife Global Corporate Bond Multifund X 2%,
MetLife Europe Bond Multifund I 2%, MetLife Dollar Bond Multifund VII 3%, MetLife Emerging Markets Bond Multifund IX 3%,
MetLife Global Equity Multifund III 35%, MetLife Dollar Equity Multifund VIII 11%, MetLife Emerging Markets Equity Multifund VI 8%,
MetLife Greek Equity Multifund II 3%, MetLife Commodity Multifund V 8%)

MetLife Capital Maximizer Strategy (MetLife Global Bond Multifund IV 20%, MetLife Global Equity Multifund III 39%,
MetLife Dollar Equity Multifund VIII 14%, MetLife Emerging Markets Equity Multifund VI 10%, MetLife Greek Equity Multifund II 7%,
MetLife Commodity Multifund V 10%)

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. Σε περίπτωση επιλογής αλλαγής του επενδυτικού προγράμματος MetLife Invest 1,2,3, σε MetLife Europe Bond Multifund I, Greek Equity Multifund III, Global Bond Multifund IV, Commodity Multifund V, Emerging Markets Equity Multifund VI, Dollar Bond Multifund VIII, Dollar Equity Multifund VIII, Emerging Markets Bond Multifund IX, Global Corporate Bond Multifund X, Global Inflation Linked Bond Multifund XI, MetLife European Equity Multifund XII και MetLife Money Market, δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση για τον Ειδικό Κανονισμό αυτών των Επενδυτικών Προγραμμάτων.
2. Η ταυτόχρονη αλλαγή επενδυτικού προγράμματος και μεταφορά αξίας λογαριασμού και στην περίπτωση αλλαγής της κατανομής μεταξύ δύο ή περισσότερων επενδυτικών προγραμμάτων.

12. ΑΛΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

.....

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

ΝΕΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, σύμφωνα με τις αιτούμενες τροποποιήσεις

ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ & ΥΓΕΙΑΣ	ΠΟΣΑ ΠΑΡΟΧΩΝ σε ΕΥΡΩ			
	ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙ	ΕΤΗΣΙΟ ΚΑΘΑΡΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ
<input type="checkbox"/> «ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ» (A1)				
<input type="checkbox"/> «ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ» (A2)				
<input type="checkbox"/> Διπλασιασμός παροχών A1 & A2				
<input type="checkbox"/> «ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΠΡΟΣΚΑΙΡΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ» (B1) περίοδος αναμονής ημέρες				
<input type="checkbox"/> Διπλασιασμός της παροχής (B1) στο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (B2) περίοδος αναμονής ημέρες				
<input type="checkbox"/> «ΚΑΛΥΨΗ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ» <input type="checkbox"/> Γ <input type="checkbox"/> Γ2				
<input type="checkbox"/> «ΜΗΝΙΑΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΠΡΟΣΚΑΙΡΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ» (Π.Ε.) Π.Ε. (1) ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ <input type="checkbox"/> Π.Ε. (2) ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ περίοδος αναμονής ημέρες				
<input type="checkbox"/> «ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΒΟΛΩΝ» (Α.Π.Α.) <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> EXTRAMED 7 <input type="checkbox"/> EXTRAMED 31				
<input type="checkbox"/> LADYCARE <input type="checkbox"/> GOLD <input type="checkbox"/> PLATINUM				
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ & ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ				
<input type="checkbox"/> ABC HEALTH CARE 2015 Ε ΤΥΠΟΣ				
<input type="checkbox"/> Junior Plus ΤΥΠΟΣ				
<input type="checkbox"/> ΑΝΑΝΕΩΣΗ ABC HEALTH CARE				
<input type="checkbox"/> MEDIGUARD ΤΥΠΟΣ				
<input type="checkbox"/> MEDIPLUS %				
<input type="checkbox"/> «ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ή ΑΤΥΧΗΜΑ» (E1)				
<input type="checkbox"/> Διπλασιασμός ΛΟΓΩ ΣΟΒΑΡΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ (E2) ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ				
<input type="checkbox"/> «ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ή ΑΤΥΧΗΜΑ» (Z)				
<input type="checkbox"/> «MEDICASH/Νοσοκομειακό & Χειρουργικό Επίδομα» (MC)				
<input type="checkbox"/> MEDIPLAN <input type="checkbox"/> SILVER <input type="checkbox"/> GOLD <input type="checkbox"/> PLATINUM <input type="checkbox"/> DIAMOND				
<input type="checkbox"/> MEDICARE GENERATION NEXT				
<input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> GOLD <input type="checkbox"/> PLATINUM				
<input type="checkbox"/> KIDS CARE PLUS				
<input type="checkbox"/> DENTAL CARE				
ΑΛΛΟ				
ΥΠΕΡΑΞΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΜΕΝΟΥΝ				
			ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ:	

ΤΟ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΦΟΡΑ ΤΟΝ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ, ΤΑ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ και ΤΟΝ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ (εφόσον αιτείται κάλυψη)

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

- 1α) Ζητήσατε ποτέ, λάβατε ή λαμβάνετε, παροχή ή πληρωμή λόγω τραυματισμού, ασθένειας ή ανικανότητας από οποιοδήποτε άλλο φορέα ασφάλισης ή Ασφαλιστική Εταιρία; ΝΑΙ ΟΧΙ
- 1β) Έχετε υποβάλει ποτέ αίτηση για ασφάλιση η οποία ακυρώθηκε ή απορρίφθηκε, έχει γίνει δεκτή με ειδικούς όρους ή επασφάλιστρο; ΝΑΙ ΟΧΙ
-
- 2) Δηλώστε μας αν:
- α) ασχολείστε ή σκέπτεστε να ασχοληθείτε με οποιοδήποτε εγχείρημα όπως: πιλοτάρισμα πτητικού μέσου, καταδύσεις, πτώση με αλεξίπτωτο, αγώνες ταχύτητας, ορειβασία/ αναρρίχηση, ή οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα αυξημένης επικινδυνότητας; ΝΑΙ ΟΧΙ
- β) οδηγείτε μοτοσυκλέτα άνω των 125 κ.ε.; ΝΑΙ ΟΧΙ
- γ) είστε μέλος ομάδας οποιοδήποτε αθλήματος; ΝΑΙ ΟΧΙ
(εάν ναι, αναφέρατε επωνυμία ομάδας και είδος αθλήματος)
- δ) τα τελευταία 2 χρόνια έχετε ταξιδέψει στο εξωτερικό ή σκοπεύετε να ταξιδέψετε ή να μείνετε στο εξωτερικό; ΝΑΙ ΟΧΙ
(παρακαλώ αναφέρατε συχνότητα και προορισμούς - εξαιρούνται τα διαστήματα που αφορούν διακοπές)
-

**ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ (για παροχές Ατυχημάτων να απαντηθούν μόνο οι ερ.1,2,3
Για παροχές ΖΩΗΣ και ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, να απαντηθούν όλες οι παρακάτω ερωτήσεις)**

- 1) Έχετε οποιασδήποτε μορφής φυσικό ελάττωμα ή αναπηρία; ΝΑΙ ΟΧΙ
- 2) Γνωρίζετε να έχετε ή είχατε ποτέ κάτι από τα ακόλουθα; ΝΑΙ ΟΧΙ
(αν ναι, παρακαλώ επιλέξτε την πάθηση (παθήσεις))
- α) καρκίνο, ή οποιαδήποτε μορφής κακοήθεια, έμφραγμα, εγκεφαλικό ή υπέρταση ΝΑΙ ΟΧΙ
- β) ψυχική νόσο, διανοητική διαταραχή, αγχώδη συνδρομή, κατάθλιψη, εθισμό στο αλκοόλ ή εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες ΝΑΙ ΟΧΙ
- 3) Εβδομαδιαία κατανάλωση οινόπνευματος: ΝΑΙ ΟΧΙ
ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ: ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ: ΣΥΖΥΓΟΣ:
- 4) Έχετε ή να είχατε ποτέ, κάτι από τα ακόλουθα: ΝΑΙ ΟΧΙ
(αν ναι, παρακαλώ υπογραμμίστε την πάθηση (παθήσεις) και δώστε
- α) πολύποδα ή άλλο μόρφωμα, διαβήτη, υψηλή χοληστερίνη, φύσημα ΝΑΙ ΟΧΙ
- β) πάθηση αυτιών ή ματιών, του λάρυγγα, του θυρεοειδή και λοιπών ενδοκρινών αδένων ΝΑΙ ΟΧΙ
- γ) ηπατίτιδα ή άλλη πάθηση του ήπατος, πάθηση στομάχου, εντέρου, παγκρέατος, νεφρών, πνευμόνων ΝΑΙ ΟΧΙ
- 5) Εκτός από ότι αναφέρεται ανωτέρω, έχετε ή είχατε ποτέ κάτι από τα ακόλουθα: ΝΑΙ ΟΧΙ
- α) πάθηση των μαστών ή του αίματος ή μεταδοτική πάθηση ΝΑΙ ΟΧΙ
- β) πάθηση ή κάκωση του μυοσκελετικού συστήματος ή ρευματικές παθήσεις ΝΑΙ ΟΧΙ
- γ) παθήσεις του νευρικού συστήματος ή παράλυση, ίλιγγο, λιποθυμία ΝΑΙ ΟΧΙ
- δ) παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, των λεμφαδένων ή της καρδιάς ΝΑΙ ΟΧΙ
- ε) παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος, του πεπτικού ή του αναπνευστικού ΝΑΙ ΟΧΙ
- 6) Έχετε κάνει ποτέ ακτινογραφίες, ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις, έχετε συμβουλευθεί ιατρό, νοσηλευθεί ή χειρουργηθεί, έχετε ακολουθήσει ή βρίσκεστε υπό θεραπευτική αγωγή (συμπεριλαμβανομένης και της φαρμακευτικής) ή έχετε πρόθεση για κάτι από τα παραπάνω; ΝΑΙ ΟΧΙ
- 7) Προσβλήθηκε ποτέ οποιοδήποτε μέλος της οικογένειάς σας από φυματίωση, διαβήτη, ασθένεια του αίματος ή του ήπατος, ασθένεια των νεφρών, καρδιοπάθεια, καρκίνο ή διανοητική διαταραχή; ΝΑΙ ΟΧΙ
(Αναφέρετε ηλικία έναρξης της νόσου)
- 8) Σας έχει ποτέ ειπωθεί ότι έχετε AIDS ή θετικά αντισώματα του ιού HIV; ΝΑΙ ΟΧΙ
Έχετε ποτέ ακολουθήσει θεραπεία για το AIDS ή οποιαδήποτε σεξουαλικώς μεταδιδόμενη νόσο; ΝΑΙ ΟΧΙ
- 9) Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε καπνίσει (αν ναι, δηλώστε την ημερήσια ποσότητα); ΝΑΙ ΟΧΙ
ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ: ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ: ΣΥΖΥΓΟΣ:

Σε περίπτωση που έχετε απαντήσει κάποια/ες από τις ΙΑΤΡΙΚΕΣ ερωτήσεις καταφατικά, παρακαλούμε περιγράψτε στο χώρο που ακολουθεί.

Ερώτηση	Όνομα καλυπτόμενου μέλους	Περιγραφή πάθησης/ιστορικού

ΕΙΔΙΚΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

Δηλώνω ότι η κατάσταση της υγείας μου που εμφανίζεται σε τυχόν παλαιότερα ασφαλιστήριά μου, τα οποία βρίσκονται σε ισχύ, ακόμα και αν δεν βρίσκονται σε ισχύ και προκάλεσαν α) απόρριψη β) επασφάλιστρο γ) εξαίρεση δ) αλλαγές στην κάλυψη ε) αποζημιώσεις, ισχύουν και με δεσμεύουν, αλλά δεν δεσμεύουν την Εταιρία εάν δεν περιλαμβάνονται και στην παρούσα Αίτηση.

Η Αίτηση αυτή γίνεται με ευθύνη μου για τις απαντήσεις και δηλώσεις που περιλαμβάνονται σ' αυτή.

Για λόγους συμμόρφωσης με την ισχύουσα νομοθεσία σχετικά με πράξη των Η.Π.Α. για τη «Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής» (FATCA) παρακαλείστε να σημειώσετε εάν:

Ο Ασφαλισμένος είναι δεν είναι πολίτης των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής ή /και υπόκειται δεν υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των ΗΠΑ, διαθέτει δεν διαθέτει διαβατήριο που εκδόθηκε στις ΗΠΑ, είναι κάτοχος δεν είναι κάτοχος πράσινης κάρτας διαμονής στις ΗΠΑ, έχει δεν έχει γεννηθεί στις ΗΠΑ, διαθέτει δεν διαθέτει :

α. οποιαδήποτε ταχυδρομική διεύθυνση / διεύθυνση κατοικίας στις ΗΠΑ.....
β. αριθμό τηλεφώνου στις Η.Π.Α., γ. τραπεζικό λογαριασμό τηρούμενο στις Η.Π.Α.
δ. πρόσωπο που έχει διορίσει ως αντίκλητο (πληρεξούσιο) για τις υποθέσεις του/της στις Η.Π.Α.....

Ο αντισυμβαλλόμενος, εάν είναι πρόσωπο διαφορετικό από τον ασφαλισμένο, είναι δεν είναι πολίτης των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής ή /και υπόκειται δεν υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των ΗΠΑ, διαθέτει δεν διαθέτει διαβατήριο που εκδόθηκε στις ΗΠΑ, είναι κάτοχος δεν είναι κάτοχος πράσινης κάρτας διαμονής στις ΗΠΑ, έχει δεν έχει γεννηθεί στις ΗΠΑ, διαθέτει δεν διαθέτει :

α. οποιαδήποτε ταχυδρομική διεύθυνση / διεύθυνση κατοικίας στις ΗΠΑ.....
β. αριθμό τηλεφώνου στις Η.Π.Α., γ. τραπεζικό λογαριασμό τηρούμενο στις Η.Π.Α.
δ. πρόσωπο που έχει διορίσει ως αντίκλητο (πληρεξούσιο) για τις υποθέσεις του/της στις Η.Π.Α.....

Ο δικαιούχος είναι δεν είναι πολίτης των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής ή /και υπόκειται δεν υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των ΗΠΑ, διαθέτει δεν διαθέτει διαβατήριο που εκδόθηκε στις ΗΠΑ, είναι κάτοχος δεν είναι κάτοχος πράσινης κάρτας διαμονής στις ΗΠΑ, έχει δεν έχει γεννηθεί στις ΗΠΑ, διαθέτει δεν διαθέτει :

α. οποιαδήποτε ταχυδρομική διεύθυνση / διεύθυνση κατοικίας στις ΗΠΑ.....
β. αριθμό τηλεφώνου στις Η.Π.Α., γ. τραπεζικό λογαριασμό τηρούμενο στις Η.Π.Α.
δ. πρόσωπο που έχει διορίσει ως αντίκλητο (πληρεξούσιο) για τις υποθέσεις του/της στις Η.Π.Α.....

Ο Ασφαλισμένος / Ο αντισυμβαλλόμενος αποδέχεται και συμφωνεί ότι θα ενημερώσει τη MetLife εντός τριάντα (30) ημερών σε περίπτωση που υπάρξει οποιαδήποτε αλλαγή κατά την οποία ο ασφαλισμένος ή ο αντισυμβαλλόμενος ή κάποιος από τους δικαιούχους γίνει υπήκοος των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής που υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των ΗΠΑ ή μεταφέρει την κυριότητα του Ασφαλιστηρίου σε υπήκοο των ΗΠΑ.

Επίσης είναι γνωστό ότι ψευδής δήλωση ή παραποίηση στοιχείων φορολογικής κατάστασης από υπήκοο των ΗΠΑ θα μπορούσε να επιφέρει κυρώσεις σύμφωνα με τη νομοθεσία των ΗΠΑ.

Σε περίπτωση καταφατικής δήλωσης συμπληρώνονται τα πιο κάτω:

ΑΦΜ (ΗΠΑ) του ασφαλισμένου:

ΑΦΜ (ΗΠΑ) του αντισυμβαλλόμενου:.....

ΑΦΜ (ΗΠΑ) του δικαιούχου/δικαιούχων:

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Παρέχω ρητά τη συγκατάθεσή μου και αποδέχομαι τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων μου που αφορούν στην ταυτοποίησή μου ως προσώπου υπαγόμενου στη νομοθεσία των Η.Π.Α. για τη «Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής» (FATCA) από την ασφαλιστική εταιρία με σκοπό τη συμμόρφωση αυτής με τις υποχρεώσεις περί υποβολής και διαβίβασης στοιχείων που απορρέουν από τη νομοθεσία FATCA.

Παρέχω τη συγκατάθεσή μου, αναγνωρίζω και αποδέχομαι ότι αποδέκτης προσωπικών μου στοιχείων καθώς και στοιχείων που αφορούν στο ασφαλιστήριο και το σχετικό με το ασφαλιστήριο λογαριασμό, αξίες και εξαγορές, είναι, πέραν της ασφαλιστικής εταιρίας, και οι εκάστοτε οριζόμενες από τη νομοθεσία αρμόδιες αρχές.

Σημαντικές πληροφορίες για την επαναφορά ασφαλιστηρίου!

Α. Προϋπόθεση για τη διατήρηση του δικαιώματος ισοβιότητας στα ασφαλιστήρια υγείας, η οποία ενεργοποιείται με τη συμπλήρωση του 70ου έτους της ηλικίας του ασφαλισμένου, είναι το ασφαλιστήριο να έχει παραμείνει σε ισχύ χωρίς καμία ακύρωση για τα δέκα έτη που προηγούνται από την έναρξη της ισοβιότητας (από το 60^ο έως το 70^ο έτος του ασφαλισμένου).

Ειδικά για τα Προγράμματα: 1. ABC Health Care θα πρέπει να έχει ενεργοποιηθεί και η παροχή ανανέωσης νοσοκομειακής περίθαλψης ABC Health Care μετά τα 70 (περίοδος ενεργοποίησης της ανανέωσης από το 59^ο έως και 60^ο έτος του ασφαλισμένου) 2. Medicare Generation Next το συμβόλαιο θα πρέπει να παραμείνει σε ισχύ για έντεκα έτη που προηγούνται από την έναρξη της ισοβιότητας (από το 59^ο έως και 70^ο έτος του ασφαλισμένου).

Β. Παθήσεις που υπήρχαν πριν από την ημερομηνία επαναφοράς, αξιολογούνται και ενδέχεται να επιβαρύνουν το ασφαλιστήριο με επασφάλιστρο ή να εξαιρεθούν από τις παρεχόμενες καλύψεις της Εταιρίας, κατά την ολοκλήρωση της επαναφοράς.

Γ. Το ύψος του ασφαλιστρου που θα προκύψει από την επαναφορά του ασφαλιστηρίου είναι άμεσα συνδεδεμένο, τόσο με το είδος του προγράμματος, όσο και με την ηλικία του ασφαλισμένου κατά την ημερομηνία επαναφοράς του.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ: ΗΜΕΡ/ΝΙΑ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ: ΗΜΕΡ/ΝΙΑ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦ. ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ: ΗΜΕΡ/ΝΙΑ:

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΔΟΣΗ/ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΩΝ ΖΩΗΣ - ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από τον ασφαλισμένο / αντισυμβαλλόμενο και αφορά στα καλυπτόμενα μέλη των ασφαλιστηρίων που εξετάζεται η ασφαλισιμότητά τους.

Συμπληρώνεται σε περίπτωση παράδοσης / επαναφοράς σε ισχύ ασφαλιστηρίων, σε αυξήσεις / προσθήκες παροχών και σε προσθήκες καλυπτόμενων μελών, για αύξηση κεφαλαίου Βασικής και Συμπληρωματικών Ασφαλιστηρίων, προσθήκη Συμπληρωματικών Ασφαλιστηρίων αλλαγή πλάνου με μεγαλύτερη διάρκεια, αλλαγή Αντισυμβαλλομένου με κάλυψη ΑΠΑ/ΣΠΑ.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ - ΟΔΗΓΙΕΣ σχετικά με τα επενδυτικά προγράμματα Alico Invest Plus, ScoreInvest, Accelerator, Accelerator Plus, CapitalLink

1. Το Επενδυόμενο Ασφάλιστρο των Ασφαλιστηρίων Alico Invest Plus, ScoreInvest, Accelerator και Accelerator Plus θα πιστώνεται στο Λογαριασμό το αργότερο την τρίτη (3η) εργάσιμη ημέρα που έπεται της ημερομηνίας παραλαβής του από το Λογιστήριο της Εταιρίας στα Κεντρικά Γραφεία στην Αθήνα.
2. Για την προσθήκη του κεφαλαίου κάλυψης θα πρέπει να εξετάζεται η ασφαλισιμότητα του Ασφαλισμένου.
3. Με την αλλαγή του επενδυτικού προγράμματος θα εξαγοραστούν τα μερίδια του αρχικού επενδυτικού προγράμματος και με το ποσό που προκύπτει θα αγοραστούν τα μερίδια του νέου επενδυτικού προγράμματος, αφού αφαιρεθούν τα τυχόν έξοδα της αλλαγής. Οι κινήσεις θα γίνουν με βάση την Καθαρή Τιμή μεριδίου και θα ολοκληρωθούν το αργότερο την δεύτερη εργάσιμη ημέρα που ακολουθεί την ημερομηνία παραλαβής αυτής της Αίτησης στα Κεντρικά Γραφεία στην Αθήνα.
4. Στο εξής τα ασφάλιστρα θα πιστώνονται στο νέο επενδυτικό πρόγραμμα.
5. Μόνο για το πρόγραμμα Alico Invest Plus, η καταβολή Έκτακτου ασφαλίστρου γίνεται μετά τον δεύτερο χρόνο ισχύος της παροχής με ελάχιστο επιτρεπτό ποσό Έκτακτου Ασφαλίστρου: 3.000 €
Στην περίπτωση οφειλής προηγούμενων ασφαλίστρων, αυτά θα εξοφλούνται από το ποσό Έκτακτου Ασφαλίστρου. Τυχόν υπόλοιπο ποσό θα χρησιμοποιείται ως Έκτακτο Ασφάλιστρο.