

**ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Αριθμός Ασφαλιστηρίου: \_\_\_\_\_ Κωδικός Συνεργάτη: \_\_\_\_\_

Ονομ/νυμο Συνεργάτη: \_\_\_\_\_

**1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ**

Επώνυμο:	_____	Α.Φ.Μ.:	_____	Δ.Ο.Υ.:	_____
Όνομα:	_____	ΑΔΤ/Αρ. Διαβ.:	_____		
Όνομα Πατέρα:	_____	Υπηκοότητα:	_____		
Φύλο:	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	Δ/νση Κατ/κίας:	_____		
Ημ. Γέννησης:	_____	Αριθμός:	_____	Τ.Κ.:	_____
Οικογενειακή Κατάσταση:	Έγγαμος <input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/> Χήρος <input type="checkbox"/>	Δήμος/Νομός:	_____		
	Διαζευγμένος <input type="checkbox"/>	Τηλ. Κατοικίας:	_____		
Ιδιότητα:	Φυσικό Πρόσωπο <input type="checkbox"/> Νομικό Πρόσωπο <input type="checkbox"/>	Κινητό Τηλέφωνο:	_____		
Ταμείο Ασφάλισης:	_____	E-mail:	_____		
A.M.K.A.:	_____				

**Στοιχεία Επικοινωνίας**

Δ/νση Αλληλ/φίας:	_____	Αριθμός:	_____	Δήμος/Νομός:	_____	T.K.:	_____
Σταθερό Τηλέφωνο:	_____	Κινητό Τηλέφωνο:	_____				

**Αλλαγή Συμβαλλομένου (Σε περίπτωση αλλαγής Συμβαλλομένου είναι υποχρεωτική η υπογραφή παλαιού και νέου Συμβαλλομένου)**
**Στοιχεία Παλαιού Συμβαλλομένου**

Επώνυμο: \_\_\_\_\_ Όνομα: \_\_\_\_\_ Υπογραφή: \_\_\_\_\_

**2 ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ**
**Προσθήκη Ασφαλιζομένου 1**

Επώνυμο:	_____	Ταμείο Ασφάλισης:	_____		
Όνομα:	_____	A.M.K.A.:	_____		
Όνομα Πατέρα:	_____	A.Φ.Μ.:	_____	Δ.Ο.Υ.:	_____
Φύλο:	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	ΑΔΤ/Αρ. Διαβ.:	_____		
Ημ. Γέννησης:	_____	Υπηκοότητα:	_____		
Οικογενειακή Κατάσταση:	Έγγαμος <input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/> Χήρος <input type="checkbox"/>	Τηλ. Επικοινωνίας:	_____		
	Διαζευγμένος <input type="checkbox"/>				

**Προσθήκη Ασφαλιζομένου 2**

Επώνυμο:	_____	Ταμείο Ασφάλισης:	_____		
Όνομα:	_____	A.M.K.A.:	_____		
Όνομα Πατέρα:	_____	A.Φ.Μ.:	_____	Δ.Ο.Υ.:	_____
Φύλο:	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	ΑΔΤ/Αρ. Διαβ.:	_____		
Ημ. Γέννησης:	_____	Υπηκοότητα:	_____		
Οικογενειακή Κατάσταση:	Έγγαμος <input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/> Χήρος <input type="checkbox"/>	Τηλ. Επικοινωνίας:	_____		
	Διαζευγμένος <input type="checkbox"/>				

### Προσθήκη Ασφαλιζομένου 3

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Ταμείο Ασφάλισης:	<input type="text"/>
Όνομα:	<input type="text"/>	A.M.K.A.:	<input type="text"/>
Όνομα Πατέρα:	<input type="text"/>	A.Φ.Μ.:	<input type="text"/>
Φύλο:	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	ΑΔΤ/Αρ. Διαβ.:	<input type="text"/>
Ημ. Γέννησης:	<input type="text"/>	Υπηκοότητα:	<input type="text"/>
Οικογενειακή Κατάσταση:	Έγγαμος <input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/> Χήρος <input type="checkbox"/>	Τηλ. Επικοινωνίας:	<input type="text"/>
	Διαζευγμένος <input type="checkbox"/>		

### 3 ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΥ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

- Ετήσια  Τριμηνιαία  Εξαμηνιαία  Μηνιαία\*
- Πάγια Εντολή Τράπεζας  Πιστωτική Κάρτα  Ταχυπληρωμή

\*Η μηνιαία συχνότητα καταβολής ασφαλιστρού αποτελεί διαθέσιμη επιλογή μόνο μέσω πάγιας εντολής χρέωσης τραπεζικού λογ/σμού ή πιστωτικής κάρτας.

### 4 ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΛΥΨΕΩΝ Medi

Συμπληρώστε τα ονοματεπώνυμα των ασφαλιζόμενων μελών ή/και των ήδη ασφαλισμένων μελών με τις νέες καλύψεις που επιθυμείτε.

Ονοματεπώνυμο μέλους	Classic	Extra					Αποπληρωμή Ασφαλιστρού λόγω Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας (Η κάλυψη αυτή δίνεται ΜΟΝΟ στο συμβαλλόμενο που είναι και ασφαλισμένος στο ασφαλιστήριο) <input type="checkbox"/>
	Εκπιπτόμενο ποσό						
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 600€	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 3.000€	<input type="checkbox"/> 6.000€	<input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα <input type="checkbox"/> Medioun Care
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 600€	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 3.000€	<input type="checkbox"/> 6.000€	<input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα <input type="checkbox"/> Medioun Care
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 600€	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 3.000€	<input type="checkbox"/> 6.000€	<input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα <input type="checkbox"/> Medioun Care
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 600€	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 3.000€	<input type="checkbox"/> 6.000€	<input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα <input type="checkbox"/> Medioun Care
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 600€	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 3.000€	<input type="checkbox"/> 6.000€	<input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα <input type="checkbox"/> Medioun Care

Το Medioun Classic δεν μπορεί να συνδυαστεί με το Medioun Extra στο ίδιο ασφαλιστήριο.

### 5 ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

#### Προτιμώμενες ημέρες και ώρες επικοινωνίας

Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία σε περίπτωση προσθήκης ασφαλιζόμενου μέλους ή μείωσης εκπιπτόμενου ποσού

Ονοματεπώνυμο μέλους					
<input type="text"/>	Τηλέφωνο επικοινωνίας: <input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Δευτέρα	<input type="checkbox"/> Τρίτη	<input type="checkbox"/> Τετάρτη	<input type="checkbox"/> Πέμπτη	<input type="checkbox"/> Παρασκευή
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00	<input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00	<input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00	<input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00	
<input type="text"/>	Τηλέφωνο επικοινωνίας: <input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Δευτέρα	<input type="checkbox"/> Τρίτη	<input type="checkbox"/> Τετάρτη	<input type="checkbox"/> Πέμπτη	<input type="checkbox"/> Παρασκευή
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00	<input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00	<input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00	<input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00	
<input type="text"/>	Τηλέφωνο επικοινωνίας: <input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Δευτέρα	<input type="checkbox"/> Τρίτη	<input type="checkbox"/> Τετάρτη	<input type="checkbox"/> Πέμπτη	<input type="checkbox"/> Παρασκευή
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00	<input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00	<input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00	<input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00	
<input type="text"/>	Τηλέφωνο επικοινωνίας: <input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Δευτέρα	<input type="checkbox"/> Τρίτη	<input type="checkbox"/> Τετάρτη	<input type="checkbox"/> Πέμπτη	<input type="checkbox"/> Παρασκευή
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00	<input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00	<input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00	<input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00	

## Στοιχεία Κηδεμόνα

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Σχέση κηδεμόνα με ανήλικο: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): \_\_\_\_\_

## Διευκρινίσεις

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 6 ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΑΛΥΨΕΩΝ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7 ΛΟΙΠΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

- Αλλαγή Όνοματεπώνυμου \_\_\_\_\_  Αντίγραφο Ασφαλιστηρίου  
 Αλλαγή Επαγγέλματος Ασφαλισμένου - Συμβαλλομένου \_\_\_\_\_  Ακύρωση Ασφαλιστηρίου

### Επαναφορά Ασφαλιστηρίου

Υπεύθυνα δηλώνω ότι η κατάσταση της υγείας μου δεν έχει μεταβληθεί από την ημερομηνία ακύρωσης του παρόντος ασφαλιστηρίου, καθώς επίσης δεν έχω ασθενήσει ή νοσηλευθεί ούτε έχω λάβει οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή κατά το διάστημα αυτό.

## 8 ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 9 ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### Τηλεφωνική Συνέντευξη

Η τηλεφωνική συνέντευξη είναι μια σύγχρονη, σύντομη και αποτελεσματική μέθοδος για τη συμπλήρωση του ιατρικού ερωτηματολογίου, από εκπρόσωπο της ιατρικής ομάδας της AXA Ασφαλιστικής Α.Ε., με σκοπό τη διευκόλυνσή σας αλλά και την ταχύτερη εξυπηρέτησή σας. Αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την εκτίμηση της αίτησης από την Εταιρεία και θα διαρκέσει περίπου 15 λεπτά για κάθε μέλος, τις ημέρες και ώρες επικοινωνίας που μας έχετε δηλώσει. Επιπλέον, αποσκοπεί στην επιβεβαίωση των προσωπικών στοιχείων όλων των μελών.

Για τους ανήλικους, η τηλεφωνική συνέντευξη θα πραγματοποιηθεί με τον κηδεμόνα τους στα στοιχεία επικοινωνίας που μας έχετε δηλώσει. Όλα τα ενήλικα μέλη, καθώς και οι κηδεμόνες των ανηλίκων, θα πρέπει κατά τη διάρκεια της τηλεφωνικής συνέντευξης να έχουν μαζί τους:

- Α.Δ.Τ. ή Αρ. Διαβατηρίου, Α.Φ.Μ. και Α.Μ.Κ.Α.
- Την παρούσα αίτηση μετατροπής υγείας για επιβεβαίωση των στοιχείων που έχουν δηλωθεί.
- Όλα τα έγγραφα τα οποία σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας σας στα οποία ενδέχεται να ανατρέξετε κατά τη διάρκεια της τηλεφωνικής συνέντευξης, όπως:
  - ✓ Βιβλιάριο Υγείας
  - ✓ Συνταγολόγιο
  - ✓ Ιστορικά νοσηλείων ή επεμβάσεων
  - ✓ Αποτελέσματα ιατρικών ελέγχων και εξετάσεων.

### Ιατρικός Έλεγχος

Εάν ανήκετε στην παρακάτω κατηγορία, θα σας ζητήσουμε να υποβληθείτε στις παρακάτω ιατρικές εξετάσεις με έξοδα της AXA Ασφαλιστικής Α.Ε. και αφού ολοκληρωθεί η τηλεφωνική συνέντευξη:

- **56-65 ετών:** Γενική γνωμάτευση/εξέταση παθολόγου, γενική ούρων, γενική αίματος, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών (ΤΚΕ), ακτινογραφία θώρακος, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c).

Ανεξαρτήτως ηλικίας, διατηρούμε το δικαίωμα να σας ζητήσουμε να υποβληθείτε σε περαιτέρω ιατρικό έλεγχο, εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο, σύμφωνα με τις απαντήσεις σας στο ιατρικό ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια της τηλεφωνικής συνέντευξης. Επιπλέον, αποδεχόμαστε τα αποτελέσματα των παρακάτω πρόσφατων ιατρικών εξετάσεων στις οποίες τυχόν έχετε υποβληθεί: Ηλεκτροκαρδιογράφημα έως και 6 μηνών, τεστ κόπωσης και άλλοι καρδιολογικοί έλεγχοι έως και 10 μηνών, υπέρηχος καρδιάς έως και 10 μηνών, απεικονιστικές εξετάσεις γενικώς έως και 6 μηνών, αιματολογικές εξετάσεις πλην γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης έως και 6 μηνών, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη έως και 3 μηνών, μαστογραφίες έως και 12 μηνών, γενική ούρων έως και 2 μηνών.

## 10 ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (αφορά προσθήκη ασφαλιζόμενων μελών)

Εάν επιθυμείτε συνέχιση ασφάλισης, θα πρέπει να δηλωθούν τα εξής:

Επωνυμία εταιρείας: \_\_\_\_\_ Ονοματεπώνυμο ασφαλιζόμενου μέλους: \_\_\_\_\_

Αριθμός ασφαλιστηρίου: \_\_\_\_\_

A) Εάν η συνέχιση της ασφάλισης προέρχεται από την AXA Ασφαλιστική Α.Ε., απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας είναι να ισχύουν τα ακόλουθα:

- Εν ισχύ ασφαλιστήριο,
- Πληρωμένο έως και ένα μήνα πριν από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.

B) Εάν η συνέχιση της ασφάλισης προέρχεται από άλλη εταιρεία, απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας είναι η αποστολή των παρακάτω εγγράφων:

- Αντίγραφο του ασφαλιστηρίου με διακριτούς τους όρους ασφάλισης (το ασφαλιστήριο πρέπει να είναι σε ισχύ τουλάχιστον 2 έτη),
- Τελευταία απόδειξη πληρωμής από την οποία θα αποδεικνύεται ότι το ασφαλιστήριο ήταν σε ισχύ έως την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.

## 11 ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ AXA ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.

- Υπεύθυνα δηλώνω ότι τα στοιχεία της παρούσας αίτησης μετατροπής καθώς και εκείνα που ενυπόγραφα έδωσα ή πρόκειται να δώσω σε ιατρούς εξουσιοδοτημένους από την AXA Ασφαλιστική Α.Ε. είναι πλήρη και αληθινά.
- Δηλώνω και αποδέχομαι ότι δεν έχω λάβει, δε λαμβάνω και δε μου έχει συσταθεί φαρμακευτική αγωγή ή χειρουργική επέμβαση για κάποιο από τα παρακάτω νοσήματα: Καρκίνος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, εγκεφαλικές αιμορραγίες και ανευρίσματα, στεφανιαία νόσος, bypass, σακχαρώδης διαβήτης τύπου I και II, ανεπάρκειες/μεταμοσχεύσεις ζωτικών οργάνων, νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα, ηπατίτιδα C/D/E, HIV I και II, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας.
- Αμετάκλητα εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε ιατρό, συνεργαζόμενο πάροχο υγείας και κάθε νόμιμο εκπρόσωπο της Εταιρείας, να συλλέγει ιατρικές πληροφορίες είτε μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης είτε μέσω ιατρικού προασφαλιστικού ελέγχου, τώρα ή/και στο μέλλον σχετικές με την κατάσταση της υγείας των ασφαλισμένων μελών της οικογένειας, όπως αναφέρονται στο ασφαλιστήριο.  
Τις πληροφορίες που θα συλλέξει θα τις αναφέρει στην AXA Ασφαλιστική Α.Ε. για όσο χρονικό διάστημα εγώ ή οι «δικαιούχοι» μου έχουν αξίωση καταβολής αποζημίωσης από οποιαδήποτε κάλυψη του ασφαλιστηρίου.
- Παρέχω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου ότι η Εταιρεία θα τηρεί σε αρχείο στα γραφεία της, θα επεξεργάζεται και θα διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα (Ν. 2472/1997 όπως αυτός κάθε φορά ισχύει) σε άλλα φυσικά πρόσωπα της ίδιας Εταιρείας και σε θυγατρικές Εταιρείες του Ομίλου AXA, στην Ελλάδα ή στο Εξωτερικό ή σε συνεργαζόμενες με τον Όμιλο AXA εταιρείες στην Ελλάδα ή στο Εξωτερικό ή σε όποιον άλλον αποδέκτη απαιτείται, με σκοπό την υποστήριξη, την προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης.
- Υπεύθυνα δηλώνω ότι μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου εκ των άρθρων 12 και 13 του Ν. 2472/1997 και συγκεκριμένα του δικαιώματος λήψης πληροφοριών σχετικά με όλα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και του δικαιώματος προβολής αντιρρήσεων για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν.

Ημερομηνία \_\_\_\_\_ Υπογραφή Συμβαλλομένου \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο και Υπογραφές Ασφαλιζόμενων/Ασφαλισμένων Μελών \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Υπογράφουν ο Συμβαλλόμενος και όσα μέλη είναι άνω των 18 ετών**

Υπογραφή Εξουσιοδοτημένου Ασφαλιστικού Συνεργάτη \_\_\_\_\_