

**ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ MEDISYN CARE**

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:	_____	T.K.:	_____
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: _____ Ταμείο Ασφάλισης: _____
Όνομα: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
Όνομα Πατέρα: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
Φύλο: Α Θ ΑΔΤ/Αρ. Διαβ.: _____
Ημ. Γέννησης: _____ Υπηκοότητα: _____
Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος Άγαμος Χήρος Τηλ. Επικοινωνίας: _____
Διαζευγμένος

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 ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

5 ΛΟΙΠΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

Αλλαγή Ονοματεπώνυμου _____ Αντίγραφο Ασφαλιστηρίου
 Επαναφορά ασφαλιστηρίου Ακύρωση Ασφαλιστηρίου

6 ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

7 ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΧΑ 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 ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε. είναι πλήρη και αληθινά.
- Αμετάκλητα εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε γιατρό, συνεργαζόμενο πάροχο υγείας και κάθε νόμιμο εκπρόσωπο της Εταιρείας, να συλλέγει ιατρικές πληροφορίες, 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 ΑΧΑ 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 ΑΧΑ, στην Ελλάδα ή στο Εξωτερικό ή σε συνεργαζόμενες με τον Όμιλο ΑΧΑ 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 _____

Όνοματεπώνυμα και Υπογραφές Ασφαλιζόμενων/Ασφαλισμένων Μελών _____

Υπογράφουν ο Συμβαλλόμενος και όσα μέλη είναι άνω των 18 ετών

Υπογραφή Εξουσιοδοτημένου Ασφαλιστικού Συνεργάτη _____