

Πρόταση Ασφάλισης PETCare

Παρακαλούμε να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις της αίτησης [ΣΥΝΟΛΟ ΣΕΛΙΔΩΝ: 2]

1. Στοιχεία Συμβαλλόμενου (Ιδιοκτήτης του Κατοικίδιου)

Επώνυμο	Όνομα	Πατρώνυμο
A.Δ.Τ.	Ημερομηνία Γέννησης	Κύριο Επάγγελμα
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό	
Φαξ	E-mail	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	T.K.	Πόλη

Ερωτηματολόγιο Συμβαλλόμενου

1.	Σας έχουν αρνηθεί ή ακυρώσει την ανανέωση ή σας έχουν ή αρνηθεί στο παρελθόν πρότασή σας για ασφάλιση των παραπάνω κινδύνων (για οποιοδήποτε κατοικίδιο είχατε στο παρελθόν ή που θέλατε να ασφαλίσετε);	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
2.	Σας έχουν επιβάλλει Ειδικούς Όρους στο παρελθόν για σχετική ασφάλιση (για οποιοδήποτε κατοικίδιο είχατε στο παρελθόν ή που θέλατε να ασφαλίσετε);	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
3.	Έχετε εσείς ή οποιοδήποτε άλλο/α άτομο/α που συγκατοικείτε καταδικαστεί για οποιοδήποτε Ποινικό Αδίκημα;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
4.	Έχετε εσείς ή οποιοδήποτε άλλο/α άτομο/α που συγκατοικείτε κηρύξει πτώχευση;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

2. Στοιχεία Κατοικίδιου (Αποκλειστικά σκύλοι)

Όνομα Σκύλου	Φύλο Αρσενικό <input type="checkbox"/> Θηλυκό <input type="checkbox"/>	Χρώμα	Ημερομηνία Γέννησης	
Καθαρόαιμο <input type="checkbox"/> Ημίαιμο έως 45cm <input type="checkbox"/> Ημίαιμο άνω 45cm <input type="checkbox"/>	Ράτσα ή Διασταύρωση Ράτσας		Αρ. Σήμανσης (Microchip)	
Με την παρούσα Πρόταση Ασφάλισης επισυνάπτονται:			Αντίγραφο Πιστοποιητικού Ηλεκτρονικής Σήμανσης <input type="checkbox"/> Φωτοτυπία όλων των στοιχείων του Βιβλιάριου υγείας/διαβατηρίου <input type="checkbox"/> Φωτογραφίες (ανφάς - προφίλ) του σκύλου <input type="checkbox"/>	
Σωματότυπος	Ύψος/Βάρος	Προσδόκιμο Ζωής	Χρησιμότητα/Είδος	Προσωπικότητα
Κληρονομικές Ασθένειες				

Ερωτηματολόγιο Κατοικίδιου (ανάλογα με την Κτηνιατρική Κατάσταση του Κατοικίδιου είναι πιθανό να ισχύσουν ορισμένες εξαιρέσεις στο Ασφαλιστήριο)

5a.	Υπήρξε οποιοσδήποτε τραυματισμός, ασθένεια ή απώλεια στο κατοικίδιο ζώο που προτείνεται για ασφάλιση, έστω και αν δεν έχει υποβληθεί αίτηση για απαίτηση, κατά τα τελευταία τρία (3) χρόνια σε σχέση με οποιοδήποτε από τους κινδύνους για τους οποίους αιτείστε κάλυψης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
5b.	Υπήρξε οποιοσδήποτε τραυματισμός, ασθένεια ή απώλεια σε άλλα κατοικίδια που έχετε ή είχατε, έστω και αν δεν έχει υποβληθεί αίτηση για απαίτηση, κατά τα τελευταία τρία (3) χρόνια σε σχέση με οποιοδήποτε από τους κινδύνους για τους οποίους αιτείστε κάλυψης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
6.	Το κατοικίδιο είναι υγιές; Αν ΟΧΙ, δώστε λεπτομέρειες της Κτηνιατρικής Κατάστασης	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
7.	Το κατοικίδιο έχει εμβολιαστεί με αντισώματα AGM;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
8.	Το κατοικίδιο έχει εμβολιαστεί κατά της λεισμανίασης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
9.	Το κατοικίδιο έχει επιθετικές ή εριστικές τάσεις;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

3. Διευκρινίσεις Ερωτηματολογίου

Αν απαντήσατε ΝΑΙ, σε κάποια από τις παραπάνω ερωτήσεις, αναφέρατε τον αριθμό της ερώτησης και σχετικές λεπτομέρειες

4. Ασφαλιστικές Καλύψεις

PETCare Basic (MONO Ατύχημα)	Ασφ. Κεφάλαια		PETCare Plus (Ατύχημα & Ασθένεια)	Ασφ. Κεφάλαια	
	ΣΧ. 1 <input type="checkbox"/>	ΣΧ. 2 <input type="checkbox"/>		ΣΧ. 1 <input type="checkbox"/>	ΣΧ. 2 <input type="checkbox"/>
Ιατρική Περιθαλψη Κατοικίδιου - Δαπάνες Νοσηλείας - Ιατροφαρμακευτικές Δαπάνες	έως 1.000€ 500€	έως 2.000€ 500€	Ιατρική Περιθαλψη Κατοικίδιου - Δαπάνες Νοσηλείας - Ιατροφαρμακευτικές Δαπάνες	έως 1.000€ 500€	έως 2.000€ 500€
Αστική Ευθύνη Ιδιοκτήτη Κατοικίδιου - Θάνατος ή Σωματικές Βλάβες τρίτων - Υλικές Ζημιές τρίτων	έως 10.000€	έως 10.000€	Αστική Ευθύνη Ιδιοκτήτη Κατοικίδιου - Θάνατος ή Σωματικές Βλάβες τρίτων - Υλικές Ζημιές τρίτων	έως 10.000€	έως 10.000€
Νομική Προστασία Ιδιοκτήτη Κατοικίδιου	έως 5.000€	έως 5.000€	Νομική Προστασία Ιδιοκτήτη Κατοικίδιου	έως 5.000€	έως 5.000€
Θάνατος Κατοικίδιου	250€	250€	Θάνατος Κατοικίδιου	250€	250€
Απαλλαγή 75€ ανά ζημιολογόνιο γεγονός στο σύνολο των ανωτέρω καλύψεων			Απαλλαγή 75€ ανά ζημιολογόνιο γεγονός στο σύνολο των ανωτέρω καλύψεων		

5. Διάρκεια Ασφάλισης & Τρόπος Πληρωμής Ασφαλιστρών

Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης	Συχνότητα Πληρωμής	Ετήσια <input type="checkbox"/>	6μηνη <input type="checkbox"/>
--------------------	------------------	--------------------	---------------------------------	--------------------------------

6. Δηλώσεις - Εξουσιοδοτήσεις - Συγκαταθέσεις

Ο υπογράφων, με την ιδιότητα του λήπτη της ασφάλισης, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε εμένα περιστατικών που είναι ουσιώδη για τη σύναψη αυτής της ασφάλισης, δηλώνω ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα αίτηση είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιεσδήποτε παραλείψεις και μεταβολές. Αποδέχομαι δε ότι θα αποτελέσουν τη βάση για το υπό έκδοση Ασφαλιστήριο και την αντιμετώπιση της ασφαλιστικής περίπτωσης. Έλαβα επίσης γνώση του δικαιώματός της Εταιρίας να αρνηθεί την αίτηση για ασφάλιση ή να την κάνει αποδεκτή με όρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται, χωρίς την υποχρέωση να δικαιολογήσει την απόφασή της.

1. Γνωρίζω ότι στην ασφάλιση αυτή ισχύουν οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι που μου παραδόθηκαν αλλά και των οποίων έλαβα γνώση διαβάζοντάς τους στην ιστοσελίδα της εταιρίας σας. Στους Όρους αυτούς περιλαμβάνονται και Εξαιρέσεις τις οποίες και αποδέχομαι. Με την παρούσα υποβάλλω αίτηση ασφάλισης που θα περιλαμβάνει όλους τους ανωτέρω Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης.

2. Παρέλαβα το ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 150 του Ν. 4364/2016 όπως αυτό ισχύει και τις σχετικές δηλώσεις εναντίωσης και υπαναχώρησης.

3. Ενημέρωση σχετικά με ασφάλιση μέσω SMS, E-mail

Αποδέχομαι την ενημέρωση και αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλισή (π.χ. Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, Ανανέωση, Ειδοποίηση Πληρωμής κ.λπ.) μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης (e-mail), ή/ και μέσω γραπτού μηνύματος sms στο κινητό τηλέφωνο.

4. Ενημέρωση για διαφημιστικούς, εμπορικούς σκοπούς

Αποδέχομαι να λαμβάνω ενημερώσεις για διαφημιστικούς, εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς και σκοπούς προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών με αυτοματοποιημένα μέσα π.χ. μέσω e-mail, SMS, μέσων κοινωνικής δικτύωσης ή τηλεφωνικά κατά τη διάρκεια της ασφάλισής και έως 5 έτη μετά τη λήξη της και τη δυνατότητα να τροποποιώ ή/και να ανακαλώ οποτεδήποτε εγγράφως, τη συγκατάθεσή μου για την επιλογή του τρόπου επικοινωνίας και λήψης ενημερώσεων για διαφημιστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς (αποστολή email στο dro@interlife.gr ή τηλεφωνικά στο 2310499000).

Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης Συναίνω <input type="checkbox"/> Δεν συναίνω <input type="checkbox"/> (check & υπογραφή)	Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης Συναίνω <input type="checkbox"/> Δεν συναίνω <input type="checkbox"/> (check & υπογραφή)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Ενημέρωση σχετικά με Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων

Παρέλαβα, ανέγνωσα και ενημερώθηκα από το «Έντυπο Ενημέρωσης για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στη σύμβαση καθώς και οποιωνδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της Εταιρίας και έχουν σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης και για τα δικαιώματά που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας, εναντίωσης στην επεξεργασία αυτών, το δικαίωμα εξασφάλισης ανθρώπινης παρέμβασης σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες) και την άσκησή τους με την αποστολή email στην ηλεκτρονική διεύθυνση dro@interlife.gr και αναγνωρίζω ότι είναι απολύτως αναγκαία για τον σκοπό και τη λειτουργία της σύμβασης ασφάλισης, προκειμένου να αξιολογηθεί ο ασφαλιστικός κίνδυνος, να υπολογισθεί σωστά το ασφαλιστήριο και να εκπληρωθεί ο σκοπός και η λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης. Γνωρίζουμε ότι άρνηση ή ανάκληση της σχετικής συναίνεσης επεξεργασίας ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ, δίνει το δικαίωμα στην Εταιρία να καταγγείλει ή να μην δεχτεί τη σύμβαση. Για τους λόγους αυτούς παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην Εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μου.

Συμβαλλόμενος	Συνεργάτης		Άμεσος Διανομέας	
	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.
(υπογραφή)	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	Α.Ε.Μ.	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	Α.Ε.Μ.

Τόπος

Ημερομηνία