



Κεντρική  
Ασφαλιστική

## ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

### ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Όνοματεπώνυμο:

Ελεύθερος:  Παντρεμένος:  Διαζευγμένος:  Χήρος:

Ημερομηνία Γέννησης:

Αρ. Διαβατηρίου / ARC:

Ύψος:

Βάρος:

Φύλο:

Διεύθυνση Διαμονής:

T.T.:

Τηλέφωνο:

Επάγγελμα/τα:

### ΑΝ Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΑΛΛΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Όνοματεπώνυμο:

Αρ. Ταυτότητας:

Αρ. Μητρώου Εργοδότη / ΑΜΕ

Αν ο Συμβαλλόμενος είναι Εταιρεία: - Αρ. Εγγραφής

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

T.T.:

Τηλέφωνο:

Σχέση με τον προτεινόμενο για Ασφάλιση:

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΜΕΝΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ (STANDARD)

### ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ

#### ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:

Από:..... Μέχρι:..... Ετήσιο Ασφάλιστρο: €

#### ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ:

Όνομα Ασφαλιστή:

Κωδ. Ασφαλιστή:

Σφραγίδα Εισερχομένου:



### ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Παρακαλώ σημειώστε ✓ στο κατάλληλο τετραγωνάκι και αναφέρετε σχετικές πληροφορίες στις περιπτώσεις που το ✓ σημειώνεται στο τετράγωνο «ΝΑΙ»

1. Υποφέρετε απ' οποιαδήποτε ανικανότητα ή δυσκοπία ή κήλη ή κίρσους ή ελαττωματική όραση ή ακοή ή απ' οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια;      ΝΑΙ                       ΟΧΙ

.....

.....

.....

2. Έχετε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή έχετε οποιαδήποτε ασθένεια ή κατάσταση για την οποία είχατε συμβουλευθεί ή σας είχαν εισηγηθεί ότι μια εγχείρηση πιθανόν να είναι αναγκαία σε κάποια στιγμή;      ΝΑΙ                       ΟΧΙ

.....

.....

.....

3. Υποφέρετε απ' οποιαδήποτε ασθένεια ή αρρώστια ή έχετε οποιαδήποτε συμπτώματα;      ΝΑΙ                       ΟΧΙ

.....

.....

.....

4. (α) Δηλώστε το όνομα και τη διεύθυνση του γιατρού σας;  
(β) Για πόσο καιρό γνωρίζετε;

.....

.....

.....

5. Τα τελευταία πέντε χρόνια
- (α) Έχετε μείνει σαν εσωτερικό ασθενής σε νοσοκομείο ή κλινική;      ΝΑΙ                       ΟΧΙ
- (β) Επισκεφθήκατε ειδικό;      ΝΑΙ                       ΟΧΙ
- (γ) Επισκεφθήκατε το γιατρό σας ή παθολόγο;      ΝΑΙ                       ΟΧΙ

.....

.....

.....



## ΑΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. Έχει ποτέ απορριφθεί ή γίνει δεκτή με ειδικούς όρους αίτησή σας για ασφάλεια Ζωής ή Ατυχημάτων ή Νοσηλευτικών Εξόδων ή Ασθένειας ή έχει οποιαδήποτε Εταιρεία ακυρώσει ή αρνηθεί ν' ανανεώσει συμβόλαιό σας ή ζήτησε να επιβάλει ειδικούς όρους;                      ΝΑΙ                       ΟΧΙ

---

---

2. Έχετε υποβάλει απαίτηση κάτω από συμβόλαιο Προσωπικών Ατυχημάτων ή Ασθένειας ή Νοσηλευτικών Εξόδων;

ΝΑΙ                       ΟΧΙ

---

---

3. Έχετε τώρα ασφάλεια έναντι ατυχημάτων ή ασθένειας ή σε σχέση με ιατρικά έξοδα;

ΝΑΙ                       ΟΧΙ

---

---

4. Παίρνετε οποιαδήποτε αποζημίωση από τον εργοδότη σας ή από άλλο ταμείο για ιατρικά έξοδα;

ΝΑΙ                       ΟΧΙ

---

---

5. Αναφέρετε πλήρεις λεπτομέρειες των ταξιδιών σας, δίδοντας τόπο, συχνότητα και διάρκεια.

---

---

6. Δώστε πλήρεις λεπτομέρειες των σπορτ με τα οποία ασχολείστε.

---

---

## ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω, ότι όλες οι απαντήσεις είναι αληθείς, ότι είμαι σε καλή κατάσταση υγείας και δεν έχω αποκρύψει οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία, συμφωνώ δε ότι η Αίτηση αυτή μαζί με τη Δήλωση θα αποτελέσουν τη βάση για τη σύμβαση μεταξύ μου και της Κεντρικής Ασφαλιστικής Εταιρείας Λτδ και ότι είμαι πρόθυμος/η να αποδεκτώ ένα συμβόλαιο σύμφωνα με τους όρους, εξαιρέσεις και κανονισμούς που περιγράφονται σ' αυτό. Εξουσιοδοτώ την Εταιρεία όπως αποταθεί για ιατρικές πληροφορίες σε οποιοδήποτε γιατρό που καθ' οιονδήποτε χρόνο με παρακολουθήσει, που αφορούν τη φυσική ή πνευματική μου κατάσταση και όπως συλλέξει πληροφορίες από οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία που αποτάθηκα για ασφαλιστήριο Ιατρικής Περίθαλψης, εξουσιοδοτώ δε τους πιο πάνω όπως δώσουν οποιοδήποτε πληροφορίες τους ζητηθούν και συμφωνώ ότι αυτές οι πληροφορίες (μαζί με τις πληροφορίες που θα δοθούν από μένα στην Κεντρική Ασφαλιστική Εταιρεία Λτδ γραπτώς) θα αποτελέσουν μέρος της Αίτησης αυτής. Η Εταιρεία δεν έχει καμμία υποχρέωση μέχρις ότου η Αίτηση γίνει αποδεκτή και το πρώτο ασφάλιστρο πληρωθεί, συμφωνώ δε ότι οποιοδήποτε ποσό έχω πληρώσει θα μου επιστραφεί αν η Αίτηση μου δεν γίνει αποδεκτή από την Εταιρεία.

Υπογραφή Προτεινόμενου .....

Ημερ. ....

Υπογραφή Συμβαλλόμενου .....

Ημερ. ....



## ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

1. Η Εταιρεία δεν θα είναι υπόχρεη σύμφωνα με το παρόν Ασφαλιστήριο να κάνει οποιαδήποτε πληρωμή σε σχέση με:
  - (α) Εκ γενετής παθήσεις και ελαττώματα.
  - (β) Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (AIDS)
  - (γ) Θεραπευτική ανάπαυση, φροντίδα σε санаторιακή κηδεμονευτική φροντίδα, ή περιόδους λοιμοκάθαρσης ή απομόνωσης.
  - (δ) Αισθητική ή πλαστική χειρουργική επέμβαση, εκτός εάν αυτή καθίσταται αναγκαία λόγω Σωματικής Βλάβης από Ατύχημα που συνέβη κατά τη διάρκεια της Περιόδου Ασφάλισης.
  - (ε) Οδοντιατρική εξέταση, ακτινογραφίες δοντιών, εξαγωγές δοντιών, απονευρώσεις, σφραγίσματα εκτός εάν αυτά είναι αποτέλεσμα βλάβης από Ατύχημα σε υγιή φυσικά δόντια, το οποίο αποδεικνύεται πέραν πάσης λογικής αμφιβολίας με ακτινογραφίες ή εξωτερική εξέταση ή άλλα κλινικά ευρήματα, προσθετικά ή διορθωτικά μέσα και ιατρικές εφαρμογές και τεχνητά δόντια, κορώνες, ενθέματα και γέφυρες, ορθοδοντική, ενδοδοντική, περιοδοντίτιδα και γενική οδοντιατρική φροντίδα.
  - (στ) Διαθλαστικές παθήσεις ή ανωμαλίες των οφθαλμών και παροχή ή εφαρμογή οπτικών ή ακουστικών μέσων.
  - (ζ) Συνηθισμένες ιατρικές εξετάσεις που δεν σχετίζονται ή δεν είναι αναγκαίες για τη διάγνωση ασθένειας ή Σωματικής Βλάβης από Ατύχημα.
  - (η) Γενικές Ιατρικές Εξετάσεις.
  - (θ) Ενοφθαλμισμούς και εμβολιασμούς.
  - (ι) Αντισυλληπτικά και/ή εφαρμογή αντισυλληπτικών μέσων.
  - (κ) Έξοδα θεραπείας ρευματισμών, αρθρικών, οσφυαλγίων, αυχεναλγίων και ισχιαλγίων, εκτός της περιπτώσεως εισαγωγής και παραμονής στο Νοσοκομείο ως εσωτερικού ασθενή για τις εν λόγω παθήσεις οπότε τα Νοσοκομειακά έξοδα καλύπτονται.
  - (λ) Έξοδα θεραπείας στειρότητας ή/και τεκνοποίησης.
  - (μ) Φυσιοθεραπεία, εκτός της απαραίτητης για την επανόρθωση βλάβης από ατύχημα.
  - (ν) Προϋπάρχουσες ασθένειες ή παθήσεις και οποιοσδήποτε επιπλοκές ή συνέπειες που προέρχονται από αυτές.
  - (ξ) Έξοδα θεραπείας γυναικολογικών προβλημάτων που συμβαίνουν είτε πριν είτε μέσα σε 6 μήνες από την έναρξη του Ασφαλιστηρίου ή από την Πρόσθετη Πράξη επαναφοράς του.
  - (ο) Νευρική ή διανοητική διαταραχή ή κρίσεις επιληψίας ή ψυχικές ασθένειες ή διαταραχές ή θεραπεία σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή ιδρύματα.
  - (π) Έξοδα για θεραπεία που δεν γίνεται ή δεν συστήνεται από νομικά αδειούχο και προσοντούχο γιατρό ή που γίνεται σε φυσιοθεραπευτική κλινική ή υδροθεραπευτήριο ή παρόμοιο ίδρυμα ή κατά τη διάρκεια καραντίνας
  - (ρ) Έξοδα που έγιναν εκτός Κύπρου.
  - (σ) Ποσά τα οποία ο ασφαλισμένος δικαιούται να ανακτήσει κάτω από συντεχνιακά ή άλλα ταμεία υγείας ή άλλα ασφαλιστήρια. Τα πληρωτέα ποσά κάτω από το παρόν συμβόλαιο θα περιορίζονται στη διαφορά των εξόδων που δεν καλύπτονται από άλλες καλύψεις ή συντεχνιακά ή άλλα ταμεία υγείας, ή θα υπολογίζονται από τον πίνακα παροχών του παρόντος συμβολαίου, οποιοδήποτε ποσό είναι μικρότερο.
  - (τ) Έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που οφείλονται σε εργατικό ατύχημα κατά την έννοια της Εργατικής Νομοθεσίας και καλύπτονται από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
2. Επιπλέον η Εταιρεία δεν θα φέρει ευθύνη σύμφωνα με το παρόν Ασφαλιστήριο για έξοδα που γίνονται για ασθένεια ή ατύχημα που προκαλείται ή συντελείται ή που είναι αποτέλεσμα άμεσα ή έμμεσα των πτώ των γεγονότων:-
  - (α) Πολέμου, εισβολής, ενέργειας ξένης δύναμης, εχθροπραξιών (με κηρυγμένο πόλεμο ή μη), εμφυλίου πολέμου, στάσης, επανάστασης, εξέγερσης ή ανατροπής της κυβέρνησης με τη βία ή στρατιωτική ενέργεια ή σφετερισμό εξουσίας.
  - (β) Ιονίζουσας ακτινοβολίας ή μόλυνσης από ραδιενέργεια από οποιοδήποτε πυρηνικό καύσιμο ή από οποιαδήποτε πυρηνικά κατάλοιπα ή από την καύση πυρηνικής ύλης.
  - (γ) Ραδιενεργού, τοξικής, εκρηκτικής ή άλλων επικίνδυνων ιδιοτήτων οποιοσδήποτε εκρηκτικού πυρηνικού συνόλου ή πυρηνικού συστατικού μέρους αυτού.
  - (δ) Ναυτικών ή στρατιωτικών ή αεροπορικών ή αστυνομικών επιχειρήσεων.
  - (ε) Σκόπιμου αυτοτραυματισμού, αυτοκτονίας, απόπειρας αυτοκτονίας, χρήσης ναρκωτικών, κατάχρησης ποτού, αφροδισίων νοσημάτων, μέθης ή ασθενειών που αποδίδονται σε χρόνιο αλκοολισμό.
  - (στ) Εγκυμοσύνης, τοκετού, εξωμήτριας κύησης ή διακοπής εγκυμοσύνης ή οποιασδήποτε φυσικής ή άλλης περιπλοκής που προέρχεται από αυτή:

Νοείται ότι, ανεξάρτητα με τις πρόνοιες της εξαίρεσης αυτής, σε περίπτωση τοκετού (φυσιολογικού ή με καισαρική τομή), ενεργοποιείται η προσφερόμενη κάλυψη Γ, «ωφέλημα τοκετού».
  - (ζ) Ασχολίας ή συμμετοχής του Ασφαλισμένου Προσώπου σε αγώνες ταχύτητας ή οποιοδήποτε είδος κούρσας ή συμμετοχής του σε οποιοδήποτε παράνομες ενέργειες.