

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠ' ΑΡΙΘΜΟΝ 504915-0 ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ
Alpha Υγεία για Όλους

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:		ΑΔΤ:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:	ΑΦΜ:
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΚΑΡΤΑΣ:		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΡΤΑΣ:		ΛΗΞΗ:
ΤΥΠΟΣ ΚΑΡΤΑΣ:	ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ:	

ΚΑΛΥΨΕΙΣ

1. **Κάλυψη Ζωής:** Σε περίπτωση απώλειας ζωής του ασφαλισμένου, το πρόγραμμα προβλέπει:
- την καταβολή του χρεωστικού υπολοίπου της πιστωτικής κάρτας του κατά την ημερομηνία του συμβάντος, εφόσον η εξόφληση του ασφαλιστρού γίνεται μέσω πιστωτικής κάρτας, ή
 - την καταβολή ποσού ίσου με το ύψος του συνδεδεμένου με τη χρεωστική κάρτα καταθετικού λογαριασμού, κατά την ως άνω ημερομηνία, εφόσον η εξόφληση γίνεται μέσω χρεωστικής κάρτας.
- Σε κάθε περίπτωση για τις ως άνω καταβολές προβλέπεται ανώτατο όριο χιλίων Ευρώ (1.000 €).

2. **Εξωνοσοκομειακές Παροχές:** Ο κύριος κάτοχος της κάρτας δικαιούται στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο: α. Διαγνωστικές εξετάσεις μέχρι € 1.500,00 κατ' έτος με συμμετοχή του κατά 30%. β. Δωρεάν ετήσιο Ιατρικό Προληπτικό Έλεγχο (check up) ο οποίος περιλαμβάνει τις διαγνωστικές εξετάσεις που αναφέρονται στους όρους του συμβολαίου. γ. Επισκέψεις σε ιατρούς των ειδικοτήτων: Παθολόγου, Ορθοπαιδικού, Χειρουργού και Καρδιολόγου στα εξωτερικά ιατρεία των κλινικών του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου. δ. Έκπτωση 50% σε υπηρεσίες συμβεβλημένων με το διαγνωστικό κέντρο Οδοντιατρείων. ε. Ιατρικές επισκέψεις, στο ιατρείο ή κατ' οίκον, των συμβεβλημένων με το διαγνωστικό κέντρο ιατρών στην τιμή των Ευρώ 30,00 και Ευρώ 60,00 αντίστοιχα ζ. Εξειδικευμένο Τηλεφωνικό Συντονιστικό Κέντρο που λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο.

3. **Διάρκεια και Ασφάλιστρο:** Η διάρκεια της ασφάλισης είναι ετήσια και ανανεώνεται για κάθε επόμενο έτος με την καταβολή του ετησίου ασφαλιστρού, το οποίο σήμερα είναι **Ευρώ 50**, περιλαμβάνει όλες τις νόμιμες επιβαρύνσεις (συμπεριλαμβανομένης της εισφοράς 0,75 % υπέρ του Εγγυητικού Κεφαλαίου Ζωής, σύμφωνα με το Νόμο 3867/2010 και την Πράξη 2636/2010 της Τράπεζας της Ελλάδος) και χρεώνεται στην πιστωτική κάρτα ή στο συνδεδεμένο με τη χρεωστική κάρτα καταθετικό λογαριασμό του ασφαλισμένου, κατά περίπτωση.

Η AXA Ασφαλιστική Α.Ε. διατηρεί το δικαίωμα, κατά την ετήσια ανανέωση του προγράμματος ασφάλισης, να αναπροσαρμόζει τα ετήσια ασφαλίστρα, καθώς και να μεταβάλλει το διαγνωστικό κέντρο με το οποίο είναι συμβεβλημένη ή/και τις προσφερόμενες παροχές ή/και τις διαδικασίες που σχετίζονται με αυτές, με προηγούμενη τρίμηνη γραπτή ειδοποίηση προς την Τράπεζα. Στις περιπτώσεις αυτές, η Τράπεζα ενημερώνει σχετικά τον ασφαλισμένο με επιστολή.

Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο είναι η "ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.", καθώς και κάθε άλλο διαγνωστικό κέντρο ιδιοκτησίας της ή συνεργαζόμενο με αυτήν. Για τις οδοντιατρικές παροχές, Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο ορίζεται η "BIONET Α.Ε.", μέλος του Ομίλου της "ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε."

Με την ένταξή του στο πρόγραμμα, ο ασφαλισμένος λαμβάνει σχετικό έντυπο με τους Όρους της Ασφάλισης

Για τους σκοπούς της ένταξης στο πρόγραμμα «Alpha Υγεία για Όλους», ο αιτών προβαίνει στις παρακάτω δηλώσεις και εξουσιοδοτήσεις:

ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Αναφορικά με την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου που περιέχονται στο παρόν έγγραφο ή θα περιέλθουν στην ALPHA BANK Α.Ε. και στην AXA Ασφαλιστική Α.Ε., κατά τη διάρκεια της συμβατικής μας σχέσης, ο υπογράφων στο παρόν αφού ενημερώθηκα πλήρως κατά νόμο, έλαβα γνώση, συμφωνώ, αποδέχομαι και δηλώνω ρητά ότι:

α. Η ALPHA BANK Α.Ε. τηρεί αρχείο στα γραφεία της, επεξεργάζεται και διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα που περιλαμβάνονται στην αίτηση για την έκδοση της κάρτας σε άλλα φυσικά πρόσωπα της ίδιας της Τραπέζης (ALPHA BANK Α.Ε.), σε άλλα τμήματα της ίδιας Τραπέζης (ALPHA BANK Α.Ε.), στην AXA Ασφαλιστική Α.Ε. και στο Συμβεβλημένο με αυτή Διαγνωστικό Κέντρο ή σε όποιον άλλον αποδέκτη απαιτείται εκ του νόμου, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής μου σχέσης με την AXA Ασφαλιστική Α.Ε.

β. Μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου εκ των άρθρων 12 και 13 του ν. 2472/1997 και συγκεκριμένα, το δικαίωμα μου λήψης πληροφοριών σχετικά με όλα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και το δικαίωμα προβολής αντιρρήσεων για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν. Το Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο ενημερώνει την AXA Ασφαλιστική Εταιρία Α.Ε. και την ALPHA BANK για τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, εξαιρουμένων των αποτελεσμάτων και του περιεχομένου τους.

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΧΡΕΩΣΗΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ/ ΧΡΕΩΣΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ

Με την παρούσα υπογεγραμμένη αίτηση εξουσιοδοτώ την ALPHA BANK και παρέχω σε αυτήν την ανέκκλητη εντολή και πληρεξουσιότητα να προβαίνει, χωρίς τη φυσική μου παρουσία, στη χρέωση της πιστωτικής κάρτας ή του συνδεδεμένου με τη χρεωστική μου κάρτα λογαριασμού, με το εκάστοτε ποσό των ασφαλιστρών.

Δηλώνω ότι επιθυμώ την ένταξή μου στο ομαδικό πρόγραμμα «Alpha Υγεία για Όλους», προσχωρώ και συμφωνώ με τους όρους του υπ' αριθμόν 504915-0 ομαδικού συμβολαίου μεταξύ AXA Ασφαλιστικής και ALPHA BANK.

Ο / Η ΔΗΛΩΝ / ΔΗΛΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../.....
ΓΙΑ ΤΗΝ ALPHA BANK Α.Ε.

(ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ)