

Αίτηση εγγραφής σε Ομαδική Ασφάλιση



Αριθμός Ομαδικού Ασφαλιστηρίου: _____ Ζωής-Υγείας _____ Συνταξιοδοτικών Ασφαλίσεων _____

Στοιχεία Ασφαλισμένου

Όνοματεπώνυμο	Όνομα Πατρός	Ημ/νία Γέννησης	Τόπος Γέννησης
Υπηκοότητα/ες	Α.Δ.Τ./Αριθμός Διαβατηρίου		Α.Φ.Μ.
Οικογενειακή Κατάσταση	Διεύθυνση Κατοικίας		
Τηλέφωνο Επικοινωνίας (Κατοικίας/Κινητό)	Τηλέφωνο Εργασίας	E-mail	
IBAN Τραπεζικός Λογαριασμός Μισθοδοσίας:			
G	R	-	

Τράπεζα: _____

Στοιχεία Προστατευόμενων Μελών στα Προγράμματα Ζωής-Υγείας

Συμπληρώστε τα ονόματα του/της Συζύγου και των άγαμων Παιδιών σας που επιθυμείτε να έχουν κάλυψη από τις παροχές που προβλέπονται από το Ομαδικό Ασφαλιστήριο.

Όνοματεπώνυμο	Ημ/νία Γέννησης	Συγγένεια	Α.Φ.Μ.
A			
B			
Γ			
Δ			

Στοιχεία Δικαιούχων Ασφαλισμένου

Όνοματεπώνυμο	Ημ/νία Γέννησης	Συγγένεια	Υπηκοότητα/ες	Α.Φ.Μ.	Τηλ. Επικοινωνίας	Ποσοστό (%)
A						
B						
Γ						
Δ						

Δήλωση Νομοθεσίας «Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής» (FATCA) (Αφορά μόνο Προγράμματα Συνταξιοδοτικών Ασφαλίσεων)

Για λόγους συμμόρφωσης με την ισχύουσα νομοθεσία σχετικά με πράξη των Η.Π.Α. για τη «Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής» (FATCA) παρακαλείστε να σημειώσετε εάν:

- Ο Ασφαλισμένος και κάθε Δικαιούχος είναι δεν είναι υπήκοος των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Η.Π.Α.) ή/και υπόκειται δεν υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των Η.Π.Α.
- Σε περίπτωση καταφατικής δήλωσης συμπληρώστε τα ακόλουθα στοιχεία:

Α.Φ.Μ. Ασφαλισμένου	Α.Φ.Μ. Δικαιούχου Α'	Α.Φ.Μ. Δικαιούχου Β'	Α.Φ.Μ. Δικαιούχου Γ'	Α.Φ.Μ. Δικαιούχου Δ'
---------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------
- Σε περίπτωση που υπάρξει οποιαδήποτε αλλαγή σε κάποια από τις παραπάνω δηλώσεις, η Εταιρία θα ενημερωθεί εντός τριάντα (30) ημερών.
- Τυχόν ψευδής δήλωση ή παραποίηση στοιχείων φορολογικής κατάστασης από υπήκοο των Η.Π.Α. θα μπορούσε να επιφέρει κυρώσεις σύμφωνα με τη νομοθεσία των Η.Π.Α. (μ.α. νομοθεσία FATCA).
- Παρέχω ρητά τη συγκατάθεσή μου και αποδέχομαι τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων μου που αφορούν στην ταυτοποίησή μου ως προσώπου υπαγόμενου στη νομοθεσία των Η.Π.Α. για τη «Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής» (FATCA) από τη MetLife με σκοπό τη νομότυπη συμμόρφωση αυτής με τις υποχρεώσεις περί υποβολής και διαβίβασης στοιχείων που απορρέουν από τη συγκεκριμένη νομοθεσία των Η.Π.Α., τους Ν. 4378/2016 και Ν. 4428/2016, καθώς και τη συναφή εθνική νομοθεσία.
- Σε περίπτωση που προκύψουν ενδείξεις σχετικές με τη Η.Π.Α. σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από την ως άνω νομοθεσία, αποδέχομαι και συμφωνώ ότι θα προσκομίσω στην Ασφαλιστική Εταιρεία τα αιτούμενα από αυτήν έντυπα, δικαιολογητικά ή αντίγραφα πιστοποιητικών. Σε περίπτωση μη ανταπόκρισής μου στα ως άνω αιτήματα της MetLife για χορήγηση των απαιτούμενων εντύπων και λοιπών εγγράφων, η MetLife δύναται να μην προχωρήσει στην ασφάλισή μου.

Λοιπές Δηλώσεις

- Σε περίπτωση απώλειας ζωής κάποιου από τους πιο πάνω δικαιούχους μου πριν από μένα, το μερίδιό μου θα περιέλθει στους επιζώντες δικαιούχους ή δικαιούχο ή σε περίπτωση που δεν υπάρχει δικαιούχος, στους νόμιμους κληρονόμους μου. Διατηρώ το δικαίωμα να αλλάξω οποιονδήποτε από τους πιο πάνω δικαιούχους.
- Με την παρούσα εξουσιοδοτώ τον εργοδότη μου, να παρακρατεί από τις μηνιαίες αποδοχές μου και να καταβάλλει για λογαριασμό μου στη MetLife A.E.A.Z. το ποσό συμμετοχής στα ασφάλιστρα εφόσον προβλέπεται από το Συμβόλαιο Ομαδικής Ασφάλισης, που αναλογεί για την κάλυψη τη δική μου ή/και των προστατευόμενων μελών της οικογένειάς μου.

Συγκατάθεση συλλογής, επεξεργασίας και τήρησης Προσωπικών Δεδομένων (αφορά μόνο την Αίτηση Εγγραφής σε Ομαδικό Ασφαλιστήριο Ζωής και Υγείας)

- Δηλώνω ότι παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου, όπως αυτή απαιτείται από τις διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας περί Προσωπικών Δεδομένων, στη MetLife, για τη συλλογή, επεξεργασία και τήρηση των Προσωπικών μου Δεδομένων και των Προσωπικών μου Δεδομένων Ειδικών Κατηγοριών, καθώς και των Προσωπικών Δεδομένων και Ειδικών Κατηγοριών Προσωπικών Δεδομένων των τέκνων μου που τυχάνουν προστατευόμενα μέλη, τα οποία κρίνονται απαραίτητα για τη συμμετοχή μου σε ομαδικό ασφαλιστήριο.
- Δηλώνω ότι έλαβα γνώση και αποδέχομαι ότι η MetLife στο πλαίσιο του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου, το οποίο έχει συνάψει ο Εργοδότης για τους υπαλλήλους, δύναται να ανταλλάξει, γνωστοποιεί, μεταφέρει και διαβιβάζει Προσωπικά Δεδομένα δικά μου ή/και των τέκνων μου καθώς και Προσωπικά Δεδομένα Υγείας δικά μου ή/και των τέκνων μου με τον Εργοδότη, σε έγχαρτη ή/και σε ηλεκτρονική μορφή. Αναγνωρίζω ότι κάθε τέτοιου είδους ανταλλαγή ή διαβίβαση γίνεται σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου και σύμφωνα με αυτό.
- Αναγνωρίζω ότι οι πληροφορίες που παρέχονται με αυτή την Αίτηση είναι επίσης δυνατόν να γνωστοποιηθούν: (i) Στην Τράπεζα της Ελλάδας (Δ.Ε.Ι.Α.) μετά από σχετική αίτηση στη MetLife, τηρουμένων του Νόμου και των νομικών διατυπώσεων, (ii) Σε δημόσιες υπηρεσίες, ανεξάρτητες αρχές, δικαστικές αρχές, δημοσίου λειτουργούς ή τρίτους βάσει επιταγών του Νόμου ή δικαστικών αποφάσεων, (iii) Σε διαγνωστικά κέντρα, καθώς και σε εταιρείες παροχής τηλεφωνικών υπηρεσιών που θα επιλέξει η MetLife για τους σκοπούς της αιτούμενης ασφάλισης, (iv) Σε χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, (v) Στις αρχές των Η.Π.Α.
- Η συγκατάθεσή μου αυτή, πέραν των ανωτέρω, επεκτείνεται και στην τήρηση και επεξεργασία αρχείου από τη MetLife για τα Προσωπικά μου Δεδομένα και Προσωπικά μου Δεδομένα Ειδικών Κατηγοριών, που της έχω ήδη γνωστοποιήσει στα πλαίσια της εν ισχύ μεταξύ μας συμβατικής σχέσης, καθώς επίσης και τα Προσωπικά μου Δεδομένα και τα Προσωπικά Δεδομένα Ειδικών Κατηγοριών των προστατευόμενων τέκνων μου, είτε σε ηλεκτρονική είτε σε έντυπη μορφή, στις εγκαταστάσεις της εταιρείας ή σε αυτές τρίτου παρόχου με τον οποίο η MetLife διατηρεί εν ισχύ σύμβαση είτε σε άλλη εταιρεία του Ομίλου MetLife στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό, σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της ισχύουσας νομοθεσίας.

- Έχω ενημερωθεί ότι σε περίπτωση που δεν χορηγήσω ή/και ανακαλέσω την συγκατάθεσή μου, ανάλογα με το στάδιο στο οποίο θα συμβεί αυτό, η MetLife, δεν θα είναι σε θέση:
 - να εκτιμήσει την αίτηση εγγραφής μου στο ομαδικό πρόγραμμα. Στην περίπτωση αυτή, αναγνωρίζω ότι από την αίτησή μου δεν θα προκύψουν έννομα αποτελέσματα, εφόσον η μη χορήγηση ή/και ανάκληση έχει ολοκληρωθεί πριν από τη σύναψη της μεταξύ μας συμβατικής σχέσης.
 - να διαχειριστεί ζητήματα που σχετίζονται με τη συμμετοχή μου στο ομαδικό μου πρόγραμμα στην περίπτωση που η ανάκληση πραγματοποιηθεί, ενόσω η μεταξύ μας ασφαλιστική συμβατική σχέση βρίσκεται σε ισχύ.
 - να προβεί σε εκτίμηση ενδεχόμενης αίτησης τροποποίησης των στοιχείων μου ή της συμμετοχής μου στο ομαδικό πρόγραμμα του ασφαλιστηρίου που αιτούμαι και ως εκ τούτου δεν θα δύναται να προβεί στην εκτέλεση ή διαχείριση σχετικών αιτημάτων, στην περίπτωση που η ανάκληση πραγματοποιηθεί, ενόσω η μεταξύ μας ασφαλιστική σχέση βρίσκεται σε ισχύ.
 - να ολοκληρώσει την αξιολόγηση της ασφαλιστικής περίπτωσης που της ανήγγελα και ως εκ τούτου να προβεί σε αποζημίωσή μου, βάσει των όρων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου του ομαδικού προγράμματος στο οποίο συμμετέχω, στην περίπτωση που η ανάκληση πραγματοποιηθεί, ενόσω η μεταξύ μας ασφαλιστική σχέση βρίσκεται σε ισχύ.
- Έχω λάβει γνώση δε ότι σε περίπτωση που συντρέξει οποιαδήποτε εκ των ανωτέρω (β), (γ), (δ), περιπτώσεων, η MetLife θα έχει το δικαίωμα να αναστείλει την εκπλήρωση των συμβατικών της υποχρεώσεων, εφόσον η εκπλήρωση της υποχρέωσης καθίσταται ανέφικτη λόγω της μη χορήγησης ή/και ανάκλησης της συγκατάθεσής μου.
- Αναγνωρίζω επίσης, ότι το ενδεχόμενο ανάκλησης δεν θα επηρεάσει την επεξεργασία των Προσωπικών μου Δεδομένων και των Προσωπικών μου Δεδομένων Ειδικών Κατηγοριών, καθώς και των Προσωπικών Δεδομένων και των Προσωπικών Δεδομένων Ειδικών Κατηγοριών των προστατευόμενων τέκνων μου που έχει πραγματοποιηθεί από τη MetLife μέχρι τη στιγμή της ανάκλησης της συγκατάθεσής μου.
- Επιπροσθέτως, δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για τη διατήρηση από τη MetLife και μετά τη λήξη της συμβατικής μας σχέσης, του συνόλου των Προσωπικών Δεδομένων και των Προσωπικών μου Δεδομένων Ειδικών Κατηγοριών, καθώς και των Προσωπικών Δεδομένων και Προσωπικών Δεδομένων Ειδικών Κατηγοριών των προστατευόμενων τέκνων μου, τα οποία απέκτησε από εμένα κατά τη διάρκεια της ασφαλιστικής κάλυψής μου και στα πλαίσια της παροχής ασφαλιστικής κάλυψης, για όσο χρόνο απαιτείται εκ του νόμου ή εκ της μεταξύ μας σύμβασης.
- Δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση ότι σε περίπτωση που ανακύψει οποιαδήποτε απορία σχετική με τη συγκατάθεση που μου ζητείται, για τη χρήση από τη MetLife των Προσωπικών μου Δεδομένων, μπορώ να επικοινωνήσω με τον Υπεύθυνο ή/και Αναπληρωτή Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων για τη MetLife A.E.A.Z., αποστέλλοντας e-mail στη διεύθυνση: privacy@metlife.gr. Τα στοιχεία του Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων είναι διαθέσιμα στην Γνωστοποίηση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, η οποία βρίσκεται αναρτημένη όπως εκάστοτε ισχύει στην ιστοσελίδα www.metlife.gr.
- Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση του δικαιώματος καταγγελίας της MetLife, το οποίο μου παρέχεται, από τις διατάξεις της νομοθεσίας περί Προσωπικών Δεδομένων, στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, Γραφεία: Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 11523, Αθήνα, Τηλεφωνικό Κέντρο: +30 210 6475600, Fax: +30 210 6475628, E-mail: contact@dpa.gr.
- Έχοντας ενημερωθεί, μέσω του εγγράφου «Γνωστοποίηση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων» της MetLife, το οποίο προσδιορίζει αναλυτικά τον τρόπο χρήσης των προσωπικών μου δεδομένων και των προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών, καθώς και των σχετικών με την ανωτέρω χρήση δικαιωμάτων μου - η οποία είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα www.metlife.gr - παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε, ανάλογα με την προτίμησή σας, τα κατωτέρω ζητούμενα:

Προσωπικά Δεδομένα Ειδικών Κατηγοριών: Δίνω τη συγκατάθεσή μου, ώστε η MetLife A.E.A.Z. να επεξεργαστεί τα Προσωπικά μου Δεδομένα Ειδικών Κατηγοριών, καθώς επίσης και τα Προσωπικά Δεδομένα Ειδικών Κατηγοριών των προστατευόμενων μελών μου, σύμφωνα με όσα μου γνωστοποιήθηκαν παραπάνω. Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση για το δικαίωμά μου να ανακαλέσω την ανωτέρω συγκατάθεση, ανά πάσα στιγμή, επικοινωνώντας μέσω email στο privacy@metlife.gr.

Ασφαλισμένος	Προστατευόμενο μέλος (Συζυγος)	Προστατευόμενο μέλος-1 (απαιτείται συγκατάθεση εκ του ιδίου, για τέκνο 15 ετών και άνω)	Προστατευόμενο μέλος-2 (απαιτείται συγκατάθεση εκ του ιδίου, για τέκνο 15 ετών και άνω)	Προστατευόμενο μέλος-3 (απαιτείται συγκατάθεση εκ του ιδίου, για τέκνο 15 ετών και άνω)	Προστατευόμενο μέλος-4 (απαιτείται συγκατάθεση εκ του ιδίου, για τέκνο 15 ετών και άνω)
<input type="checkbox"/> Ναι , συμφωνώ	<input type="checkbox"/> Ναι , συμφωνώ	<input type="checkbox"/> Ναι , συμφωνώ	<input type="checkbox"/> Ναι , συμφωνώ	<input type="checkbox"/> Ναι , συμφωνώ	<input type="checkbox"/> Ναι , συμφωνώ
<input type="checkbox"/> Όχι , δεν συμφωνώ	<input type="checkbox"/> Όχι , δεν συμφωνώ	<input type="checkbox"/> Όχι , δεν συμφωνώ	<input type="checkbox"/> Όχι , δεν συμφωνώ	<input type="checkbox"/> Όχι , δεν συμφωνώ	<input type="checkbox"/> Όχι , δεν συμφωνώ

Όνοματεπώνυμο-Υπογραφή Όνοματεπώνυμο-Υπογραφή Όνοματεπώνυμο-Υπογραφή Όνοματεπώνυμο-Υπογραφή Όνοματεπώνυμο-Υπογραφή Όνοματεπώνυμο-Υπογραφή

Παροχή εξουσιοδότησης για τη χρήση της ηλεκτρονικής πλατφόρμας e-Services από τον Ασφαλισμένο

- Έχω ενημερωθεί ότι η MetLife A.E.A.Z. τηρεί ηλεκτρονική πλατφόρμα παροχής υπηρεσιών, η οποία φέρει τον τίτλο σήμερα «e-Services», στην οποία εμφανίζονται, αφενός τα Προσωπικά μου Δεδομένα και Προσωπικά μου Δεδομένα Ειδικών Κατηγοριών, που έχω υποβάλλει στη MetLife, στο πλαίσιο διαχείρισης του ασφαλιστηρίου από αυτήν και αφετέρου όλο το ιστορικό της συμβατικής / συναλλακτικής σχέσης που έχω αναπτύξει με τη MetLife στο πλαίσιο διαχείρισης του ασφαλιστηρίου μου από αυτήν.
- Δια της παρούσας, εξουσιοδοτώ τον ασφαλισμένο να διαχειρίζεται, για λογαριασμό μου, την ηλεκτρονική πλατφόρμα (e-Services) και να λαμβάνει γνώση των Προσωπικών μου Δεδομένων και των Προσωπικών μου Δεδομένων Ειδικών Κατηγοριών που ενδεχομένως να περιλαμβάνονται σε αυτήν.
- Δηλώνω επίσης ότι έχω ενημερωθεί για το γεγονός ότι η MetLife A.E.A.Z. τηρεί ηλεκτρονική πλατφόρμα υποβολής αιτήσεων αποζημιώσεων, η οποία φέρει σήμερα τον τίτλο «e-Claims», μέσω της οποίας ο ασφαλισμένος μπορεί να υποβάλλει ηλεκτρονικά αίτηση προς αποζημίωση του ιδίου ή των προστατευόμενων μελών.
- Δια της παρούσας εξουσιοδοτώ επίσης τον ασφαλισμένο να διαχειρίζεται για λογαριασμό μου την ηλεκτρονική πλατφόρμα υποβολής αιτήσεων αποζημιώσεων (e-Claims), μέσω της οποίας μπορεί να καταθέτει για λογαριασμό μου αιτήσεις αποζημίωσης που με αφορούν και να λαμβάνει γνώση των Προσωπικών μου Δεδομένων και των Προσωπικών μου Δεδομένων Ειδικών Κατηγοριών που εμφανίζονται σε αυτήν, για τα αιτήματα αποζημίωσης που έχω υποβάλει προς τη MetLife.

Προστατευόμενο μέλος (Συζυγος)	Προστατευόμενο μέλος-1 (απαιτείται συγκατάθεση εκ του ιδίου, για τέκνο 15 ετών και άνω)	Προστατευόμενο μέλος-2 (απαιτείται συγκατάθεση εκ του ιδίου, για τέκνο 15 ετών και άνω)	Προστατευόμενο μέλος-3 (απαιτείται συγκατάθεση εκ του ιδίου, για τέκνο 15 ετών και άνω)	Προστατευόμενο μέλος-4 (απαιτείται συγκατάθεση εκ του ιδίου, για τέκνο 15 ετών και άνω)

Όνοματεπώνυμο-Υπογραφή Όνοματεπώνυμο-Υπογραφή Όνοματεπώνυμο-Υπογραφή Όνοματεπώνυμο-Υπογραφή Όνοματεπώνυμο-Υπογραφή

Όνοματεπώνυμο Υπαλλήλου

Υπογραφή

Ημερομηνία

Στοιχεία Υπαλλήλου (συμπληρώνεται από τον Εργοδότη)

Επωνυμία Επιχείρησης

Ημερομηνία πρόσληψης του / της Υπαλλήλου στην Επιχείρηση

Αριθμός Μητρώου

Ακριβή Επαγγελματικά Καθήκοντα

Ημερομηνία ένταξης του / της Υπαλλήλου στο Πρόγραμμα

Κατηγορία κάλυψης (εάν υπάρχει)

Όνομαστικός Μισθός: _____

Ημερήσιος Μηνιαίος Ετήσιος

Όνοματεπώνυμο Νόμιμου Εκπροσώπου Εργοδότη

Υπογραφή και Σφραγίδα

Ημερομηνία

metlife.gr