



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΠΡΟΣΦΕΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ  
(ΠΑ.ΣΥ.Σ.Π.Α. - ΥΠ.ΟΙΚ.Α.Δ.Τ.)

## Εκδήλωση ενδιαφέροντος

Ολοκληρωμένο Ομαδικό Πρόγραμμα Νοσοκομειακής & Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης για τον  
ΠΑ.ΣΥ.Σ.Π.Α - ΥΠ. ΟΙΚ. Α.Δ.Τ.

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνομα: \_\_\_\_\_ Επώνυμο: \_\_\_\_\_ Ηλικία: \_\_\_\_\_

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να ασφαλίσετε και εξαρτώμενα μέλη, παρακαλώ συμπληρώστε τα ακόλουθα πεδία:

Ηλικίες εξαρτώμενων μελών: 1<sup>ο</sup> μέλος: \_\_\_\_\_ 2<sup>ο</sup> μέλος: \_\_\_\_\_ 3<sup>ο</sup> μέλος: \_\_\_\_\_

Τηλ. Επικοινωνίας: \_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_

### ΔΗΛΩΣΕΙΣ - ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΕΙΣ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Έχω ενημερωθεί αναλυτικά από τον ΠΑ.ΣΥ.Σ.Π.Α - ΥΠ. ΟΙΚ. Α.Δ.Τ., για το ασφαλιστικό πρόγραμμα Νοσοκομειακής & Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης που παρέχει η Allianz Ευρωπαϊκή Πίστη Μ.Α.Α.Ε..
- Τα ανωτέρω προσωπικά δεδομένα είναι ακριβή και αληθή.
- Αποδέχομαι τη διαβίβαση των ανωτέρω προσωπικών δεδομένων στην Allianz Ευρωπαϊκή Πίστη Μ.Α.Α.Ε. με σκοπό την αξιολόγησή τους για την υπαγωγή μου στο ανωτέρω πρόγραμμα.
- Ενημερώθηκα ότι η Allianz Ευρωπαϊκή Πίστη Μ.Α.Α.Ε διατηρεί το δικαίωμα απόρριψης της συμμετοχής μου ή μη ενεργοποίησης του προγράμματος, σύμφωνα με τις ισχύουσες διαδικασίες ανάληψης κινδύνου. Στην περίπτωση αυτή, αποδέχομαι ότι η διαγραφή των ανωτέρω δεδομένων μου θα πραγματοποιηθεί εντός 30 ημερών από την απόρριψη της συμμετοχής μου ή τη μη ενεργοποίηση του προγράμματος.

Ημερομηνία \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2023

Ο Δηλών / Η Δηλούσα

Υπογραφή