



ΑΙΤΗΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ / ΕΠΑΝΑΦΟΡΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

ΜΕΡΟΣ Α: Να συμπληρώνεται πάντοτε.			
Αριθμός Σύμβασης		<u>Στοιχεία Διαμεσολαβητών</u>	
Αρ Ταυτότητας Ιδιοκτήτη:		Όνομα & Κωδικός Διαμεσολαβητή:	
Αρ. Εγγραφής Εταιρείας:		Υποκατάστημα Τρ. Κύπρου :	
		Όνομα & Κωδικός Υπαλλήλου :	
Όνομα Ιδιοκτήτη		Τηλέφωνα	
Ταχυδρομική Διεύθυνση Ιδιοκτήτη:			
Ηλεκτρονική Διεύθυνση Ιδιοκτήτη:			
Παρακαλείται η εταιρεία EuroLife Ltd. να τροποποιήσει την πιο πάνω Σύμβαση σύμφωνα με την παρούσα Αίτηση μου. <u>Σημ.</u> Τροποποίηση του Ασφαλιστρου δυνατό να επιφέρει μεταβολή του Ασφαλισμένου Ποσού. Αιτούμενη Τροποποίηση: Ημερομηνία ισχύος της Τροποποίησης :			
ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΙΜΟΤΗΤΑΣ Να συμπληρώνεται σε περίπτωση επαναφοράς Σύμβασης σε ισχύ, ή όπου η Εταιρεία αναλαμβάνει επιπρόσθετο ασφαλιστικό κίνδυνο.			
Οι πιο κάτω ερωτήσεις να απαντηθούν από τον Ασφαλισμένο. (Οι ιατρικές ερωτήσεις αφορούν και όλα τα εξαρτώμενα πρόσωπα του Επιπρόσθετου Ωφελήματος “Νοσοκομειακής Περίθαλψης”, άν υπάρχει).			
Όνομα Ασφαλισμένου		Αρ. Ταυτότητας	Ημερομηνία Γέννησης
Διεύθυνση		Τηλέφωνα	
Οικογενειακή Κατάσταση		Επάγγελμα και ακριβή καθήκοντα	
Έγγαμος <input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος <input type="checkbox"/> Χήρος <input type="checkbox"/>			
(α) Ύψος :		(β) Βάρος :	
1.(α) Έχετε πετάξει κατά τα τελευταία 3 χρόνια, εκτός από επιβάτης αεροπορικής εταιρείας ή ασχολείστε με οποιαδήποτε επικίνδυνη δραστηριότητα ή έχετε τέτοια πρόθεση;		NAI	OXI
(β) Έχετε πρόθεση να ταξιδεύσετε ή να ζήσετε εκτός Κύπρου, (εξαιρούνται οι διακοπές), ή σκοπεύετε να αλλάξετε επάγγελμα;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <u>Μήπως από την ημέρα που υποβάλατε την αίτηση για αυτή τη Σύμβαση:</u>			
(α) Υποφέρατε από οποιαδήποτε σωματική ή πνευματική ασθένεια, πάθηση ή ανικανότητα, ή πήρατε χάπια, φάρμακα ή ενέσεις, ή υποβλήθηκατε σε ειδική δίαιτα;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(β) Συμβουλευθήκατε ιατρό ή υποφέρατε από οποιοδήποτε ατύχημα, ή ασθένεια που να έχει διαρκέσει πάνω από μια εβδομάδα;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(γ) Υποβλήθηκατε σε εξέταση, θεραπεία ή εγχείρηση σε νοσοκομείο ή κλινική, ή κάνατε ανάλυση αίματος και ποιά ήταν τα αποτελέσματα; Αν ναι, επισυνάψετε αντίγραφο των τελευταίων αναλύσεων.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(δ) Υποβάλατε αίτηση για ασφάλεια ζωής, υγείας ή ανικανότητας σε οποιαδήποτε εταιρεία; Αν ναι, δηλώστε εταιρεία, ποσά και είδος ασφάλισης :.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ε) Έχετε πάρει ή πιστεύετε ότι υπάρχει οποιοσδήποτε λόγος να πάρετε συμβουλή, ιατρική πληροφορία, θεραπεία ή ανάλυση αίματος συνδεδεμένη με σοβαρή μεταδοτική ασθένεια, (όπως αδενώδης πυρετός, ηπατίτιδα, AIDS ή άλλη σχετική κατάσταση), ή οποιαδήποτε σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ιστορικό οικογένειας			
Υπόφεραν οι γονείς σας ή τα αδέρφια σας, (είτε ζουν είτε όχι), από διαβήτη, νευρική μυϊκή ή πνευματική ανωμαλία, άσθμα, εγκεφαλικό επεισόδιο, αυξημένη πίεση αίματος, οποιαδήποτε μορφή καρδιοπάθειας, καρκίνου, επιληψίας, νεφρικής ανεπάρκειας ή αυξημένη χοληστερόλη ή άλλα λιπίδια στο αίμα;			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Αν έχετε απαντήσει “ΝΑΙ” σε οποιαδήποτε από τις πιο πάνω ερωτήσεις, δώστε λεπτομέρειες :

.....
.....
.....
.....

4.Είστε τώρα καπνιστής; Αν ναι, ποιά είναι η καθημερινή σας χρήση;

5. Ποιά είναι η καθημερινή σας χρήση σε οινόπνευματώδη;

6. Όνομα και διεύθυνση του προσωπικού σας ιατρού ή άλλου ιατρού που συνήθως επισκέπτεστε αν χρειαστεί.
.....

7. Ισχύουσα ασφαλιστική κάλυψη με όλες τις εταιρείες:

(α) Με EuroLife : (γ) :
(β) : (δ) :

Να συμπληρώνεται σε περίπτωση επαναφοράς Σύμβασης.

8.(α) Η αίτηση αυτή υποβάλλεται για επαναφορά με : **Ολική Πληρωμή** **Μερική Πληρωμή**

(β) Ποσόν που καταβλήθηκε με την αίτηση αυτή : €

ΜΕΡΟΣ Γ : Να συμπληρώνεται σε περίπτωση προσθήκης εξαρτωμένου / τροποποίησης του Επιπρόσθετου Ωφελήματος “Νοσοκομειακή Περίθαλψη”/ Πρόγραμμα Υγείας “medica”.

1. Προτεινόμενα για Ασφάλιση Εξαρτώμενα Πρόσωπα

Όνοματεπώνυμο	Επάγγελμα	Ημ.Γέννησης	Ύψος/Βάρος	Αρ. Ταυτότητας
(α) /
(β) /
(γ) /
(δ) /
(ε) /

2. Ιατρικό Ιστορικό

Οι πιο κάτω ερωτήσεις θα πρέπει να απαντηθούν σε σχέση με κάθε Προτεινόμενο για Ασφάλιση Πρόσωπο. Για κάθε καταφατική απάντηση θα πρέπει να δοθούν οι λεπτομέρειες στην παράγραφο “Επιπρόσθετες Λεπτομέρειες” με αναφορά στην σχετική ερώτηση και το σχετιζόμενο πρόσωπο.

Έχει ή είχε ποτέ οποιοδήποτε από τα πρόσωπα που προτείνονται για ασφάλιση :

	ΝΑΙ	ΟΧΙ		ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Πρόβλημα καρδιάς ή μη φυσιολογικό καρδιογράφημα, πάθηση αίματος, αιμοφόρων αγγείων, αναιμία, ή υψηλή πίεση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ιβ. Απαλλαγεί ή απολυθεί από στρατιωτική υπηρεσία ή άλλη υπηρεσία για ιατρικούς λόγους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Πάθηση πνευμόνων, βρόγχων ή άλλο σθητικό νόσημα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ιγ. Άλλη πάθηση, τραυματισμό, κάταγμα, αναπηρία ή ανωμαλία, ή μολυσματική μεταδοτική ασθένεια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. Πάθηση στομάχου (έλκος κλπ.), εντέρων, ή ήπατος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ιδ. Εγχείρηση ή παραμονή σε νοσοκομείο ή κλινική;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ. Κολικό νεφρού, πάθηση ουρολογικού συστήματος ή πέτρες, αίμα, λεύκωμα ή σάκχαρο στα ούρα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ιε. Αναβάλει χειρουργική επέμβαση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε. Διαβήτη (σάκχαρο), πάθηση θυρεοειδή, λεμφαδένων, όγκους ή καρκίνο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ιστ. Συμβουλευθεί ποτέ ή συμβουλευτείται τώρα οποιοδήποτε ιατρό αναφορικά με την ασθένεια AIDS ή κατόπιν υποψίας ότι πιθανόν να έχει τέτοια ασθένεια, ή έχει τύχει θεραπείας τώρα για τέτοια ασθένεια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ. Αρθριτικά, οσφυαλγία ή άλλες παθήσεις οστών, αρθρώσεων ή σπονδυλικής στήλης;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ιζ. Κάνει ή του συστήθηκε ποτέ να κάνει εξέταση αίματος για AIDS ή κατάσταση συναφή με AIDS;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ζ. Κάνει ακτινογραφίες, καρδιογραφήματα, αναλύσεις ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις ή check-up κατά τα τελευταία πέντε χρόνια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ιη. Κάνει οποιαδήποτε μετάγγιση αίματος ή στοιχείων του αίματος κατά τον τελευταίο χρόνο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
η. Πλλίγγους, απώλεια αισθήσεων, διανοητικές διαταραχές, σπασμούς, επιληψία, παράλυση ή άλλη πάθηση εγκεφάλου ή νευρικού συστήματος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ιθ. Απορριφθεί ως δότης αίματος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
θ. Πάθηση ματιών, αυτιών, ιγμορίων και λαϊμού;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	κ. Πάρε ποτέ φάρμακα ενδοφλεβίως χωρίς την συμβουλή ιατρού;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ι. Κύστη κόκκυγος, αιμορροΐδες, κήλη, περιεδρικό συρίγγιο, κηρούς;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	κα. Για Γυναίκες Μόνο : Παθήσεις μαστών ή γεννητικών οργάνων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ια. Πάρε ποτέ αποζημίωση ανικανότητας από ατύχημα ή αρρώστεια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Είστε ή είναι έγκυος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Αν ναι, πόσων μηνών;		

3. Ενασχολήσεις

Αν οποιοδήποτε Προτεινόμενο για Ασφάλιση Πρόσωπο, ασχολείται ή σκοπεύει να ασχοληθεί με οποιασδήποτε μορφής επικίνδυνη ασχολία, θα πρέπει να δοθούν οι λεπτομέρειες στην παράγραφο “Επιπρόσθετες Λεπτομέρειες”.

4 Ταυτόχρονη Κάλυψη

Αν υπάρχουν σε ισχύ άλλες Συμβάσεις ή εκκρεμούν Αιτήσεις για Ασφαλιστική Κάλυψη Νοσοκομειακής Περιθαλψής ή Προσωπικών Ατυχημάτων, είτε με τη δική μας Εταιρεία είτε και με άλλες Ασφαλιστικές Εταιρείες, θα πρέπει να δοθούν οι λεπτομέρειες στην παράγραφο “Επιπρόσθετες Λεπτομέρειες”.

5. Χώρα Διαμονής

Αν οποιοδήποτε Προτεινόμενο για Ασφάλιση Πρόσωπο διαμένει προσωρινά στο Εξωτερικό, θα πρέπει να δοθούν λεπτομέρειες στην παράγραφο “Επιπρόσθετες Λεπτομέρειες”. Αν η εγκατάσταση στο Εξωτερικό γίνει μετά την έναρξη της ισχύος του Ωφελήματος θα πρέπει και πάλι να δηλωθεί στην Εταιρεία.

6. Οικογενειακό Ιστορικό

Αν υπέφεραν ή υποφέρουν οι γονείς σας ή τα αδέρφια σας (είτε ζουν είτε όχι) από διαβήτη, καρδιοπάθεια, όγκο ή καρκίνο, ασθένεια Huntington’s, πολυκυστικούς νεφρούς, εγκεφαλικό επεισόδιο, κατά πλάκας σκλήρυνση, νευροπάθειες ή υπέρταση, θα πρέπει να δοθούν οι λεπτομέρειες στην παράγραφο “Επιπρόσθετες Λεπτομέρειες”.

Επιπρόσθετες Λεπτομέρειες:

.....

.....

.....

.....

.....

ΜΕΡΟΣ Δ: Να συμπληρώνεται σε περίπτωση προσθήκης / τροποποίησης του Επιπρόσθετου Ωφελήματος “Ασφάλεια Εισοδήματος”. Σημ. Να συνοδεύεται με “Πρόσκληση Ασφάλισης”.

(α) Αιτούμενο Σχέδιο

(i) Μηνιαίο Ποσό Ωφελήματος €

(ii) Περίοδος Αναμονής Μέρες

(iii) Περίοδος Πληρωμής Ωφελήματος Δύο (2) χρόνια Μέχρι την ηλικία 65

(β) Δώστε επιπρόσθετες λεπτομέρειες για τα καθήκοντα του κύριου ή και του δεύτερου, αν υπάρχει, επαγγέλματος σας, καθώς επίσης και τις εβδομαδιαίες ώρες εργασίας στο καθένα.

.....

.....

(γ) Ποιό είναι το ετήσιο εισόδημα σας από τα πιο πάνω επαγγέλματα σας; (i) €..... (ii) €

(δ) Δηλώστε αν είστε δεξιόχειρας ή αριστερόχειρας :

(ε) Δηλώστε αν τα καθήκοντα σας περιλαμβάνουν :

(i) Οδήγηση οχήματος ΝΑΙ ΟΧΙ

(ii) Χρήση βαρέων μηχανημάτων ΝΑΙ ΟΧΙ

(iii) Χειρωνακτική εργασία ΝΑΙ ΟΧΙ

Όπου ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες όπως αποστάσεις, τύπος οχήματος ή μηχανήματος και πόσος χρόνος αφιερώνεται εβδομαδιαία στο καθένα.

.....

.....

Επιπρόσθετες Λεπτομέρειες ή Αιτήματα:

.....

.....

.....

.....

ΜΕΡΟΣ Ε: Να συμπληρώνεται σε περίπτωση αλλαγών σχετικές με τα “Πολλαπλά Ταμεία”. **Σημ.** Μπορείτε να συμπληρώσετε είτε το μέρος για την “Αλλαγή Επιμερισμού Ασφαλιστρού” είτε το μέρος για τη “Μεταφορά Μονάδων / Αξίας από Ταμείο σε Ταμείο” είτε και τα δύο αυτά μέρη.

ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

Ημερομηνία ισχύος της Τροποποίησης :

.....

(Η ημερομηνία αυτή πρέπει να αντιστοιχεί σε απλήρωτη δόση. Αν η ημερομηνία που έχει καταχωρηθεί πιο πάνω αντιστοιχεί σε πληρωμένη δόση τότε η αλλαγή θα γίνει από την επόμενη απλήρωτη δόση όταν αυτή θα δημιουργηθεί)

Νέος επιμερισμός ασφαλιστρού (καταχωρήστε τα ποσοστά που επιθυμείτε)

Εγγυημένο Ταμείο : Μικτό Ταμείο :

Εισοδηματικό Ταμείο : Δυναμικό Ταμείο :

Συντηρητικό Ταμείο :

Επισυνάψτε αντίγραφο κατάθεσης Τέλους Εξυπηρέτησης

(Από επέτειο σε επέτειο της Σύμβασης δικαιούστε 4 αλλαγές από τις οποίες η πρώτη είναι δωρεάν)

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΜΟΝΑΔΩΝ / ΑΞΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑΜΕΙΟ ΣΕ ΤΑΜΕΙΟ

Ημερομηνία ισχύος της Τροποποίησης (ως ημερομηνία ισχύος θα θεωρηθεί η ημερομηνία παραλαβής της αίτησης από την Εταιρεία. Η μεταφορά των μονάδων θα γίνει με την Τιμή Εξαργύρωσης κατά την Ημερομηνία Εκτίμησης που ακολουθεί την ημερομηνία ισχύος της Τροποποίησης).

ΑΠΟ ΤΑΜΕΙΟ	ΣΕ ΤΑΜΕΙΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ ή	ΑΞΙΑ ή	ΜΟΝΑΔΕΣ
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Επισυνάψτε αντίγραφο κατάθεσης Τέλους Εξυπηρέτησης

(Από επέτειο σε επέτειο της Σύμβασης δικαιούστε 4 αλλαγές από τις οποίες η πρώτη είναι δωρεάν)

ΜΕΡΟΣ ΣΤ : Να συμπληρώνεται σε περίπτωση αλλαγής Ιδιοκτήτη της Σύμβασης.

Σημ.1 Στην περίπτωση που ο νέος Ιδιοκτήτης θα διαφέρει από τον Ασφαλισμένο το επιπρόσθετο ωφέλημα “Απαλλαγής Πληρωμής Ασφαλιστρού (αν υπάρχει) θα αφαιρείται.

Σημ.2 Να συνοδεύεται με το ανάλογο ποσό για χαρτοσήμανση.

Σημ.3 Η μεταβίβαση/εκχώρηση των δικαιωμάτων της Σύμβασης μπορεί να γίνει με:

ΚΑΤΑΠΙΣΤΕΥΜΑ Ή ΕΚΧΩΡΗΣΗ

ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕΤΑΞΥ

1. Τ..... (Ο Μεταβιβάζων)

και

2. Τ..... (Ο Αποδοχέας)

και

Ο Μεταβιβάζων ανεπηρέαστα και λόγω φυσικής αγάπης και στοργής/έναντι ανταλλάγματος (παρακαλώ διαγράψτε ότι δεν ισχύει) προς τ..... Αποδοχέα επιθυμεί να εκχωρήσει και να μεταβιβάσει στ..... Αποδοχέα τη Σύμβαση,

ΜΑΡΤΥΡΕΙΤΑΙ ότι :

Ο Μεταβιβάζων, ως δικαιούχος Ιδιοκτήτης της Σύμβασης, εκχωρεί, μεταβιβάζει και παραδίδει στον Αποδοχέα τη Σύμβαση και όλα τα Ωφελήματα, χρηματικά ή μη και τα Δικαιώματα που πηγάζουν από τη Σύμβαση, θα ανήκουν και θα ασκούνται από τον Αποδοχέα υπό την ιδιότητα του νέου και απόλυτου Ιδιοκτήτη.

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΕΟΥ ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ

Αρ. Ταυτότητας / Αρ. Εγγραφής Εταιρείας :

Ημερομηνία Γέννησης / Σύστασης :

Διεύθυνση αλληλογραφίας :

Τηλέφωνο κατοικίας : Τηλέφωνο εργασίας :

Όνομα και Υπογραφή νέου Ιδιοκτήτη :

Συμφωνείται ότι:

1. Σε περίπτωση αύξησης του Ασφαλισμένου Ποσού, αν ο Ασφαλισμένος αυτοκτονήσει μέσα σε ένα χρόνο από την ημερομηνία της αίτησης αυτής, η υποχρέωση της Εταιρείας για αποζημίωση περιορίζεται στο προ της Τροποποίησης Ασφαλισμένο Ποσό.
2. Η Τροποποίηση του Ασφαλισμένου Ποσού θα ισχύει από την ημερομηνία της Αίτησης τηρουμένων του όρου 7(δ) της πίσω σελίδας της Απόδειξης Πληρωμής.

Πληροφόρηση Σύμφωνα με τον Κανονισμό 45

1. Ο Διαμεσολαβητής έχει συμβατική υποχρέωση να ασκεί δραστηριότητες διαμεσολάβησης του Κλάδου Ζωής, αποκλειστικά με την EuroLife Ltd. NAI / OXI
2. Ο πιο κάτω Διαμεσολαβητής είναι εγγεγραμμένος στο «Μητρώο Ασφαλιστικών Συμβούλων» της Υπηρεσίας Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών του Υπουργείου Οικονομικών.
3. Οι Ιδιοκτήτες έχουν το δικαίωμα να υποβάλλουν παράπονα ή καταγγελίες για τους Διαμεσολαβητές τόσο προς την EuroLife όσο και προς τον ίδιο τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή.
4. Τα Ασφάλιστρα που εισπράττει ο Διαμεσολαβητής λογίζονται έναντι του Ιδιοκτήτη ότι έχουν καταβληθεί στην EuroLife Ltd.

Σημείωση: Όλα τα στοιχεία και τα γεγονότα που θεωρούνται από την Εταιρεία ουσιώδη για την εκτίμηση της Αίτησης Τροποποίησης θα πρέπει να αναφερθούν, διότι οποιαδήποτε απόκρυψη τους είναι πιθανό να αποτελέσει τη βάση μελλοντικής απόρριψης απαίτησης για αποζημίωση ή/και ακύρωση της τροποποίησης ή/και την επιβολή ειδικών όρων. Ουσιώδες στοιχείο ή γεγονός θεωρείται εκείνο που πιθανό να επηρεάσει την Εταιρεία κατά την εκτίμηση και την αποδοχή της Αίτησης Τροποποίησης.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Σας ενημερώνουμε ότι για να μπορέσουμε να αξιολογήσουμε και να εκτελέσουμε το αίτημα τροποποίησης σε σχέση με ασφαλιστική σύμβαση στην οποία είσαστε ασφαλισμένος/η, και για σκοπούς εκτέλεσης τέτοιας σύμβασης, θα προβούμε σε επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων. Τέτοια δεδομένα περιλαμβάνουν α) γενικά «Προσωπικά Δεδομένα» που σας ταυτοποιούν (όπως π.χ. στοιχεία επικοινωνίας και ταυτότητας, δημογραφικά δεδομένα, οικονομικές πληροφορίες), και β) όπου είναι απαραίτητο για τους πιο πάνω σκοπούς, ειδικές κατηγορίες δεδομένων, κυρίως δεδομένα που αφορούν την υγεία σας, τα οποία αποκαλούμε «Ευαίσθητα Δεδομένα».

Περίληπτικά αναφέρουμε ότι μοιραζόμαστε τα δεδομένα σας μόνο για τους πιο πάνω σκοπούς, και μόνο με τρίτους οι οποίοι υπόκεινται σε υποχρέωση εμπιστευτικότητας και επεξεργασίας των δεδομένων σας σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Σημειώνουμε ότι έχετε το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, ένστασης και περιορισμού στην επεξεργασία των δεδομένων σας. Έχετε επίσης το δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων σας, στο να μην τύχετε αξιολόγηση στη βάση διαδικασιών αυτοματοποιημένης λήψης αποφάσεων ή κατάρτισης προφίλ, και στην απόσυρση της συγκατάθεσης σας για τη χρήση των πληροφοριών σας ανά πάσα στιγμή, νοούμενου ότι η νομική βάση στην οποία αυτές τυγχάνουν επεξεργασία είναι η συναίνεση σας. Ωστόσο σε περίπτωση που επιθυμείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεση σας στην επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων, αυτό πιθανόν να έχει αντίκτυπο στην ικανότητα μας να εκτελέσουμε το αίτημα τροποποίησης ή/και την ασφαλιστική σύμβαση.

Περαιτέρω ενημέρωση σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα δεδομένα σας, τους αποδέκτες των δεδομένων σας και τα δικαιώματά σας μπορείτε να βρείτε στη πλήρη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων μας η οποία βρίσκεται στην ιστοσελίδα μας www.eurolife.com.cy. Εάν δεν έχετε πρόσβαση στο διαδίκτυο, μπορούμε να σας προσφέρουμε έντυπο αντίγραφο κατόπιν αιτήματός σας.

Δηλώσεις:

Δηλώνω ότι μου έχουν εξηγηθεί οι συνέπειες της πιο πάνω Αίτησης μου και αντιλαμβάνομαι τα πιο κάτω:

1. Η Εταιρεία διατηρεί κάθε δικαίωμα να ζητήσει αποδείξεις ασφαλισιμότητας ή και να αρνηθεί την ασφάλιση μου σε περίπτωση υποβολής νέας μου Αίτησης για ασφάλιση.
2. Όλες οι πιο πάνω δηλώσεις και απαντήσεις είναι πλήρεις και αληθινές, εξ' όσων καλύτερα γνωρίζω και πιστεύω.
3. Σε περίπτωση που είμαι ο Αποδοχέας της Σύμβασης δηλώνω ότι αποδέχομαι την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων μου για σκοπό μεταβίβασης της Σύμβασης στο όνομα μου.
4. Με την υπογραφή μου πιο κάτω και, εφόσον είναι απαραίτητη η επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων μου για το σκοπό αξιολόγησης και εκτέλεσης αιτήματος τροποποίησης σε σχέση με ασφαλιστική σύμβαση στην οποία είμαι ασφαλισμένος/η, δίνω τη ρητή συγκατάθεση μου για τέτοια επεξεργασία.

Όνομα & Υπογραφή Ιδιοκτήτη

Τόπος και Ημερομηνία

Όνομα & Υπογραφή Ασφαλισμένου

Τόπος και Ημερομηνία

Υπογραφή Προτεινόμενων για Ασφάλιση* / Τόπος και Ημερομηνία

Υπογράφεται από τον Γονέα/Νόμιμο Κηδεμόνα οποιουδήποτεΠροτεινόμενου για Ασφάλιση κάτω των 18 ετών.*

(i).....

(ii)

(iii)

(iv)

Όνομα & Υπογραφή Διαμεσολαβητή Αρ.
Ταυτότητας/ Αρ. Πιστοποιητικού Εγγραφής

Τόπος και Ημερομηνία

Διεύθυνση :

Όνομα & Υπογραφή Αποδοχέα/Νέου Ιδιοκτήτη

Τόπος και Ημερομηνία

Όνομα & Υπογραφή Μάρτυρα

Τόπος και Ημερομηνία

Όνομα & Υπογραφή Μάρτυρα

Τόπος και Ημερομηνία