

ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ - ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

ΠΛΗΡΕΣ ΟΝΟΜΑ : _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : _____ ΤΗΛ. : _____

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ : _____ ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : _____

ΥΨΟΣ : _____ ΒΑΡΟΣ : _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : _____
(ΠΛΗΡΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ)

ΕΙΣΟΔΗΜΑ € _____ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ / ΜΗΝΙΑΙΩΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩ ΜΟΝΟ _____ ΕΡΓΑΖΟΜΑΙ ΧΕΙΡΟΝΑΚΤΙΚΑ _____

ΔΕΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ _____ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ _____

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΚΑΤΑ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 5 ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑΤΡΟ
ΓΙΑ ΟΠΟΙΕΣΔΗΠΟΤΕ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ Ή ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

(ΑΝ ΝΑΙ, ΔΩΣΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ):

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ	ΓΙΑΤΡΟΣ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ΔΩΣΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΝΑΙ / ΟΧΙ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ; | _____ | _____ |
| 2. ΥΠΟΦΕΡΕΤΕ ΑΠΟ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΜΑΤΙΩΝ, ΑΥΤΙΩΝ, ΚΑΡΔΙΑΣ, ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ, ΠΑΡΑΛΥΣΗ, ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ; | _____ | _____ |
| 3. ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΕ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΣΠΟΡ; | _____ | _____ |
| 4. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΑΣ Ή ΣΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΑΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΚΘΕΤΟΥΝ ΣΕ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟ ΚΙΝΔΥΝΟ; | _____ | _____ |
| 5. ΕΙΧΕ ΠΟΤΕ ΑΠΟΡΡΙΦΘΕΙ ΠΡΟΤΑΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ Ή ΓΙΝΕΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ ΜΕ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΟΡΟΥΣ; | _____ | _____ |
| 6. ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ; ΑΝ ΝΑΙ. ΣΕ ΠΟΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕ ΤΙ ΠΟΣΑ ΚΑΛΥΠΤΕΣΘΕ; | _____ | _____ |
| 7. ΕΧΕΤΕ ΑΠΟΖΗΜΙΩΘΕΙ ΠΟΤΕ ΑΠΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΙΑ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΤΥΧΗΜΑ; | _____ | _____ |

ΔΗΛΩΣΗ

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΟΙ ΠΙΟ ΠΑΝΩ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΙΝΕΣ ΚΑΙ ΠΛΗΡΕΙΣ, ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ ΣΕ ΚΑΛΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΤΙ ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΚΡΥΨΕΙ ΟΠΟΙΑΝΔΗΠΟΤΕ ΟΥΣΙΩΔΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ. ΕΠΙΣΗΣ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΤΙ Η ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΥΤΗ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΗ ΔΗΛΩΣΗ ΘΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΟΥΝ ΤΗ ΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ EUROLIFE LTD ΚΑΙ ΕΙΜΑΙ ΠΡΟΘΥΜΟΣ ΝΑ ΑΠΟΔΕΚΤΩ ΤΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ EUROLIFE ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΡΟΥΣ, ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΓΡΑΦΟΝΤΑΙ Σ' ΑΥΤΟ.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ _____	ΗΜΕΡ.: _____
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ _____	ΗΜΕΡ.: _____
ΥΠΟΓΡΑΦΗ & ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥ _____	ΗΜΕΡ.: _____

Ο Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμος (138(I)/2001)

Με βάση τις πρόνοιες του πιο πάνω Νόμου, η Τράπεζα Κύπρου Λτδ, σαν Υπεύθυνος Επεξεργασίας, ενημερώνει το Υποκείμενο των δεδομένων, ότι για την σύναψη και την εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης είναι απαραίτητη η επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μερικά από τα οποία θεωρούνται Ευαίσθητα Δεδομένα.

Τα δεδομένα θα καταχωρούνται, σε φυσική ή ηλεκτρονική μορφή, σε ένα ή περισσότερα διασυνδεδεμένα μεταξύ τους αρχεία, τα οποία θα τηρούνται από την Εταιρεία ή άλλη εταιρεία του Συγκροτήματος της Τράπεζας Κύπρου ή άλλη συμβεβλημένη / συνεργαζόμενη εταιρεία.

Πέραν του βασικού σκοπού επεξεργασίας που είναι η εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης, τα δεδομένα θα υπόκεινται σε επεξεργασία με σκοπό την Προώθηση Προϊόντων και Υπηρεσιών ή / και την Έρευνα και Στατιστική Ανάλυση.

Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού της Εταιρείας ή του Συγκροτήματος της Τράπεζας Κύπρου ή των συμβεβλημένων / συνεργαζομένων εταιρειών, τα οποία τελούν υπό τον έλεγχο του Εκτελούντος την Επεξεργασία και τηρούν την αρχή του απορρήτου

Το Υποκείμενο των Δεδομένων έχει τα δικαιώματα Ενημέρωσης, Πρόσβασης, Διόρθωσης και Αντίρρησης για επεξεργασία των προσωπικών του δεδομένων. Ειδικότερα για την επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων, απαιτείται η ρητή συγκατάθεση του Υποκειμένου των Δεδομένων.

Σε περίπτωση ολικής άρνησης στην παροχή συγκατάθεσης ή αντίρρησης για επεξεργασία, η Εταιρεία θα δικαιούται να μη αποδεχθεί την Αίτηση για Ασφάλιση, ή να τερματίσει την Ασφαλιστική Σύμβαση, ή να απορρίψει την Απαίτηση Αποζημίωσης.

Δήλωση Προτεινομένου για Ασφάλιση

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για τις πρόνοιες του Νόμου και με την υπογραφή της Δήλωσης αυτής παρέχω την Ρητή Συγκατάθεση μου για συλλογή και επεξεργασία των Προσωπικών μου Δεδομένων, ευαίσθητων ή μη.

Επίσης δηλώνω την συγκατάθεση μου στην επεξεργασία των Προσωπικών μου Δεδομένων από τις Εταιρείες του Συγκροτήματος της Τράπεζας Κύπρου, για σκοπούς Προώθησης Πώλησης Προϊόντων ή Παροχής Υπηρεσιών εξ αποστάσεως. **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Ο Δηλών

Ο Μάρτυρας

Υπογραφή : _____

Υπογραφή : _____

Όνομα : _____

Όνομα : _____

Τόπος & Ημερομηνία : _____