

Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number:

Κωδ. Αντιπροσώπου
Agent's Code

Όνομα Αντιπροσώπου
Agent's Name

ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΣ / EMPLOYEE ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ / VISITOR ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ / ΡΑ

Ασφαλισμένος / Insured

Όνοματεπώνυμο / Full Name: _____ Αρ. Ταυτότητας / ID Number, ARC: _____

Αρ. Ταυτότητας / ID Number, Αριθμός Διαβατηρίου / Passport Number, ARC: _____

Ημ. Γέννησης / Date of Birth: _____ Τόπος Γέννησης / Place of Birth: _____

Ελεύθερος/η Παντρεμένος/η Φύλο / Sex: A / M Θ / F Ύψος / Height: _____ Βάρος / Weight: _____

Διεύθυνση Διαμονής / Residential Address: _____ Τ.Τ. / P.C.: _____

Επάγγελμα / Είδος Εργασίας
Occupation / Type of work: _____ Τηλ / Tel: _____

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ
PERIOD OF INSURANCE: Από / From Μέχρι / To

ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΛΥΨΗΣ
CHOICE OF INSURANCE: Α) Νοσοκομειακή και Εξωνοσοκομειακή Περιθαλψη/
In Patient and Out Patient Care Β) Δικαιούχοι ΓΕΣΥ/
GESY Beneficiari

Για Οικιακές Βοηθούς με Ευθύνη Εργοδότη / For Housekeepers with Employer's Liability

ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ναι, δηλώστε τις ακαθάριστες
YES NO απολαβές If yes, indicate the gross
salary: _____

Συμβαλλόμενος / Policyholder

Όνοματεπώνυμο / Full Name: _____ Αρ. Ταυτότητας / I.D. Number: _____

Ημ. Γέννησης / Date of Birth: _____ Αρ. Μητρώου Εργοδότη / S.I. No.: _____

Αρ. Εγγρ. Εταιρείας / Company Registration No: _____ Επάγγελμα / Occupation: _____

Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Correspondence Address: _____ Τ.Τ. / P.C.: _____

Διεύθυνση Εργασίας / Work Address: _____ Τ.Τ. / P.C.: _____

Τηλ / Tel: _____ Φαξ / Fax: _____ E-mail: _____

Τρόπος πληρωμής / Payment method: Μετρητά / Cash: Τραπεζική εντολή / Direct Debit: Επιταγή / Cheque:

Ασφάλιστρο / Premium: € _____ Προκαταβολή / Down payment € _____ Ημερομηνία / Date: _____ / _____ / _____

Ιατρικό ιστορικό προτεινόμενου για ασφάλιση / Medical history of proposed insured

Παρακαλώ σημειώστε στο κατάλληλο τετραγωνάκι και αναφέρετε σχετικές πληροφορίες στις περιπτώσεις που το σημειώνεται στο τετράγωνο «ΝΑΙ».

Please mark in the suitable box below and provide appropriate information in the case where is completed as «YES»

1. Υποφέρετε απ' οποιαδήποτε ανικανότητα ή δισκοπάθεια ή κήλη ή κιρσούς ή ελαττωματική όραση ή ακοή ή απ' οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια; / Do you suffer from any disability, slipped disc, hernia, varicose, defective vision / hearing or long term illness? ΝΑΙ ΟΧΙ
YES NO

2. Έχετε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή έχετε οποιαδήποτε ασθένεια ή κατάσταση για την οποία είχατε συμβουλευθεί ή σας είχαν εισηγηθεί ότι μια εγχείρηση πιθανόν να είναι αναγκαία σε κάποια στιγμή; / Have you ever required surgery, or suffer from any other illness or condition that you have been advised that surgery will be required at some moment in time? ΝΑΙ ΟΧΙ
YES NO

3. Υποφέρετε απ' οποιαδήποτε ασθένεια ή αρρώστια ή έχετε οποιαδήποτε συμπτώματα; / Do you suffer from any illness or disease or suffer from any symptoms? ΝΑΙ ΟΧΙ
YES NO

4. (α) Δηλώστε το όνομα και τη διεύθυνση του γιατρού σας;
(a) State the name and address of your doctor:

5. Τα τελευταία πέντε χρόνια / In the last five years:

(α) Έχετε μείνει σαν εσωτερικός ασθενής σε νοσοκομείο ή κλινική; / Have you have remained as an internal patient in hospital or clinic?

NAI OXI
YES NO

(β) Επισκεφθήκατε ειδικό γιατρό; / Have you visited a specialist?

NAI OXI
YES NO

(γ) Επισκεφθήκατε το γιατρό σας ή παθολόγο; / Have you visited your doctor or general practitioner?

NAI OXI
YES NO

Άλλες Πληροφορίες / Other Information

1. Έχει ποτέ απορριφθεί ή γίνει δεκτή με ειδικούς όρους αίτηση σας για ασφάλεια Ζωής ή Ατυχημάτων ή Νοσηλευτικών Εξόδων ή Ασθένειας ή έχει οποιαδήποτε Εταιρεία ακυρώσει ή αρνηθεί να ανανεώσει συμβόλαιο σας ή ζήτησε να επιβάλει ειδικούς όρους; Has you proposal ever been accepted after special conditions have been applied for cover, personal accident, or hospital expenses cover? Has any other insurance company cancelled or declined to renew or imposed special conditions or renewal?

NAI OXI
YES NO

2. Έχετε υποβάλει απαίτηση κάτω από συμβόλαιο Προσωπικών Ατυχημάτων ή Ασθένειας ή Νοσηλευτικών Εξόδων; Have you submitted at any other time a proposal form Personal Accident or illness or Medical Expenses Cover?

NAI OXI
YES NO

3. Έχετε σε ισχύ ασφάλεια έναντι ατυχημάτων ή ασθένειας ή ιατρικών εξόδων; Do you presently have insurance policy covering illness, accident or medical expenses?

NAI OXI
YES NO

4. Παίρνετε οποιαδήποτε αποζημίωση από τον εργοδότη σας ή από άλλο ταμείο για ιατρικά έξοδα; Do you receive any compensation from your employer or from other fund for medical expenses?

NAI OXI
YES NO

5. Αναφέρετε πλήρεις λεπτομέρειες των ταξιδιών σας, δίδοντας τόπο, συχνότητα και διάρκεια. / Report complete details of your travels, giving place, frequency and duration.

6. Δώστε πλήρεις λεπτομέρειες των σπόρτ με τα οποία ασχολείστε. / Give complete details of sport that you participate.

Με βάση τις πρόνοιες του Περί Προστασίας των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κανονισμού (ΕΕ) αρ.2016/679, η YperaInsuranceCo. Ltd (εφεξής η Ypera), έχει υποχρέωση και ευθύνη να διασφαλίσει ότι τα προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν τυγχάνουν νόμιμης επεξεργασίας, είτε δόθηκαν είτε θα δοθούν οποτεδήποτε στο μέλλον από εσάς, σύμφωνα με το πιο πάνω κανονισμό.

Ο υπεύθυνος επεξεργασίας στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του θα προβαίνει στην εν όλο ή εν μέρει, αυτοματοποιημένη επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, καθώς και στην μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία τέτοιων δεδομένων, είτε ανήκουν στις ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων (ευαίσθητα) του άρθρου 9 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 στα οποία περιλαμβάνονται δεδομένα υγείας, είτε όχι, και τα οποία περιλαμβάνονται ή πρόκειται να περιληφθούν σε σύστημα αρχειοθέτησης που είναι συναφή και θα περιορίζονται στο αναγκαίο για τους σκοπούς για τους οποίους υποβάλλονται και θα επικαιροποιούνται σε εύλογα χρονικά διαστήματα. Βασικός σκοπός της επεξεργασίας, αποτελεί η παροχή των υπηρεσιών που ζητούνται από τον Προτείνοντα μέσω της παρούσας Πρότασης και εάν εν συνεχεία εκδοθεί τυχόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο, σε εξέταση τυχόν υποβαλλόμενης αίτησης.

Η Ypera θα διαβιβάζει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, σε τρίτο μέρος στο βαθμό που αυτό απαιτείται ως συμβατική αναγκαιότητα, λόγω νομικών υποχρεώσεων και/ή προστασία νόμιμου συμφέροντος της, με τους απαιτούμενους ηθικούς συμφωνίες εμπιστευτικότητας για την εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Η επεξεργασία δεδομένων είναι εμπιστευτική και θα διεξάγεται μόνο από πρόσωπα που είναι υπό τον έλεγχο του υπευθύνου επεξεργασίας και μόνο κατ' εντολή του με τρόπο που εγγυάται την ασφάλειά τους. Οποιοδήποτε δεδομένο προσωπικού χαρακτήρα δεν θα αποκαλύπτεται σε τρίτα πρόσωπα, πλην των περιπτώσεων όπου η νομοθεσία το επιτρέπει ή το επιβάλλει και/ή όπου υπάρχει περαιτέρω ρητή συγκατάθεση σας.

I. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ "ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΙ/Η ΕΝ ΔΥΝΑΜΕΙ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ"

- Να ανακαλέσετε την παρούσα συγκατάθεση σας προς επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σας (νοείται ότι η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν θίγει την νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στην συγκατάθεση σας προ της ανάκλησης)
- Να λαμβάνετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας επιβεβαίωση για το κατά πόσο ή όχι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σας που έχουν συλλεχθεί και σας αφορούν υφίστανται επεξεργασία, εάν δε συμβαίνει τούτο έχετε επίσης το δικαίωμα πρόσβασης και ενημέρωσης για τα δεδομένα αυτά κατόπιν σχετικού αιτήματος σας.
- Να απαιτήσετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, τη διόρθωση ανακριβών δεδομένων ή την συμπλήρωση των προσωπικών δεδομένων που σας αφορούν.
- Να ζητήσετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, να διαγράψει ή να περιορίσει την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν.
- Να λαμβάνετε τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν και τα οποία έχετε παράσχει σε υπεύθυνο επεξεργασίας σε αναγνώσιμη μηχανική μορφή και να τα διαβιβάζετε σε άλλο υπεύθυνο επεξεργασίας, χωρίς αντίρρηση από τον υπεύθυνο επεξεργασίας στον οποίο παραστέθηκαν. Επίσης να ζητάτε την απευθείας διαβίβαση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν από έναν υπεύθυνο επεξεργασίας σε άλλο, σε περίπτωση που αυτό είναι τεχνικά εφικτό.

Η άσκηση των πιο πάνω δικαιωμάτων σας θα γίνεται με γραπτό αίτημα σας προς τον υπεύθυνο προστασίας προσωπικών δεδομένων στο τηλεφωνικό 24 828290 ή στο email DPO@ypera.com.cy ή στην διεύθυνση Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα, με συστημένη επιστολή. Ο Υπεύθυνος επεξεργασίας είναι υπόχρεος να σας απαντήσει εντός ενός (1) μηνός από την παραλαβή του αιτήματος σας. Η προθεσμία αυτή μπορεί να παραταθεί κατά δύο (2) ακόμη μήνες, εφόσον απαιτείται λαμβανομένου υπόψη της πολυπλοκότητας του αιτήματος και του αριθμού των αιτημάτων σας. Μπορείτε να μάθετε περισσότερα σχετικά με το πως χρησιμοποιούμε τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διαβάζοντας την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων μας διαθέσιμη στο www.ypera.com.cy/el/gdpr

II. ΑΡΝΗΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Σε άρνηση συγκατάθεσης σας στην συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, η Ypera, θα έχει το δικαίωμα να απορρίψει την πρόταση ασφάλισής ή την πρόθετη πράξη, αφού δεν θα είναι σε θέση να την εξετάσει ή να τηρημίσει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή να απορρίψει αίτησή για αποζημίωση σας.

III. ΔΗΛΩΣΗ

Έχω διαβάσει, ενημερωθεί και κατανοήσω πλήρως το περιεχόμενο της παρούσας δήλωσης και με ελεύθερη βούληση την υπογράφω δίδοντας την ρητή συγκατάθεσή μου για την συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν από τον υπεύθυνο επεξεργασίας συμφώνως του Νόμου και Κανονισμού (ΕΕ).

Ο/Η ΔΗΛΩΝ /ΟΥΣΑ

Όνοματεπώνυμο _____ Αρ. Ταυτότητας _____ Υπογραφή _____ Ηλεκτρονική Υπογραφή _____ Ημερομηνία _____

Προαιρετική συγκατάθεση για τη λήψη ενημερωτικού και/ή διαφημιστικού υλικού και/ή πληροφοριών για την ασφαλιστική σύμβαση και/ή συναλλαγή και/ή για την ασφαλιστική εταιρεία, καθώς και για την προώθηση και πώληση υλικών και/ή άυλων προϊόντων και αγαθών και υπηρεσιών εξ αποστάσεως από την Ypera Insurance Co. Ltd.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Δήλωση / Statement

Δηλώνω ότι όλες οι απαντήσεις είναι ορθές και αληθείς, ότι είμαι σε καλή κατάσταση υγείας και δεν έχω αποκρύψει οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία, συμφωνώ δε ότι η Αίτηση αυτή μαζί με τη Δήλωση θα αποτελέσουν τη βάση για τη σύμβαση μεταξύ μου και της Ypera Insurance Co. Ltd. και ότι είμαι πρόθυμος να αποδεχτώ το συμβόλαιο σύμφωνα με τους όρους, εξαιρέσεις και κανονισμούς που περιγράφονται σ' αυτό. Εξουσιοδοτώ την Εταιρεία όπως αποσταθεί για ιατρικές πληροφορίες σε οποιοδήποτε ιατρό που καθ' οιονδήποτε χρόνο με παρακολουθήσει, που αφορούν την φυσική ή πνευματική μου κατάσταση και όπως συλλέξει πληροφορίες από οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία που αποτάθηκα για ασφαλιστήριο Ιατρικής Περίθαλψης, εξουσιοδοτώ δε τους πιο πάνω όπως δώσουν οποιοδήποτε πληροφορίες ζητηθούν και συμφωνώ ότι αυτές οι πληροφορίες (μαζί με τις πληροφορίες που θα δοθούν από μένα στην Ypera Insurance Co. Ltd. γραπτώς) θα αποτελέσουν μέρος της Αίτησης αυτής. Η Εταιρεία δεν έχει καμία υποχρέωση μέχρις ότου η Αίτηση γίνει αποδεκτή και το πρώτο ασφάλιστρο πληρωθεί, συμφωνώ δε ότι οποιοδήποτε ποσό έχω πληρώσει θα μου επιστραφεί αν η Αίτησή μου δεν γίνει αποδεκτή από την Εταιρεία.

I declare, that all the answers are true, that I am in good condition of health and have not withheld any essential information, I agree that this Application and the statements constitute the base of the contract between me and the Ypera Insurance Co. Ltd I am willing to accept a contract according to the terms, exceptions and regulations that are described in this. I permit the Company to request medical information from any insurance company that I have applied for insurance cover for Medical Care, I permit the above to give any information that they are asked and agree that this information with the information that will be given by me to Ypera Insurance Co. Ltd. will constitute part of this Application. The Company does not have any obligation until the Application becomes acceptable and the first premium is paid, I agree that any sum I have paid will be returned if my application does not become acceptable from the Company.

Υπογραφή Ασφαλισμένου _____ Υπογραφή Αντιπροσώπου
Insured Signature Agent's Signature

Υπογραφή Συμβαλλόμενου _____ Ημερομηνία/Date _____
Policy Holder's Signature

Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature

Ημερομηνία/Date

According to the provisions of the processing of personal data (protection of natural persons) Regulation (EU) No.2016 / 679, Ypera Insurance Co Ltd (hereafter Ypera) has the obligation and responsibility to ensure that personal data relating to you are legitimately processed, whether are given or will be given at any given time in the future, in accordance with the above stated Regulation.

The data Controller in the context of its activities will proceed with the fully or partially automated processing of personal data, as well as the non-automated processing of such data, whether they belong to the special categories of personal data (sensitive) of Article 9 of Regulation (EU) 2016/679 which include health data, or not, and which are included and/or are to be included in a filing system that is relevant and will be limited to what is necessary for the purposes for which they are submitted and will be updated at reasonable intervals. The main purpose of the processing is to provide the services requested by the Proposer through this Proposal and, if any insurance policy is subsequently issued, to examine any claim submitted.

Ypera will transmit the personal data concerning you to a third party to the extent that this is required as a contractual necessity, due to legal obligations and/or protection of its legitimate interest, with which confidentiality agreements are observed for the performance of their duties. Data processing is confidential and as such will only be carried out by persons under the control of the Controller and only at his command in a way that guarantees their security. Any personal data will not be disclosed to third parties, except in cases where the law allows and/or requires it and /or where there is any further express consent from you.

I. RIGHTS OF INSURED PERSON AND / OR POTENTIAL TO BE INSURED PERSON

- Revoke your consent to process your personal data (it is understood that withdrawal of consent does not affect the legitimacy of the processing based on your consent given prior to revocation).
- Receive a confirmation from the Controller that your personal data collected and related to you are being processed, if this is not the case, you also have the right to access and update this data upon your request.
- Request from the Controller to correct any inaccurate data and/or duly complete your personal data.
- Request from the Controller to delete or restrict the processing of personal data concerning you without undue delay if they are no longer necessary in relation to the purpose they have been collected or not submitted, if you withdraw your consent, if you object to processed, or if there are no longer any imperative and legitimate reasons for processing, if an unlawful processing has been performed, if the data is to be deleted under Law or if you question the accuracy of the data and their limitation until they are verified by the Controller. Subject to the exceptions of Articles 17 (3) and 18 (2) of the Regulation.
- Receive your personal data that you have provided to the Controller in a readable electronic form and forward them to another processor without objection from the Controller to whom they were provided. Also ask for the direct transmission of personal data from one Controller to another, if technically feasible.

Your above stated rights could be exercised with your written request to the Data Protection Officer via fax: 24 828290 or via email to DPO@ypera.com.cy or via registered mail at Medousis Street 2, 6059 Larnaca. The DPO is obliged to respond within one (1) month of receipt of your request. This period may be extended by two (2) more months, if necessary, taking into account the complexity of the request and/or the sum of your requests. You can learn more about how we process personal data by reading our GDPR policy available at www.ypera.com.cy/el/gdpr

II. REFUSAL OF CONSENT

Denial of your consent to the collection and processing of your personal data, Ypera Insurance Co Ltd will have the right to reject the insurance proposal or the additional act, since it will not be able to examine it or terminate the policy or reject a claim for compensation.

III. STATEMENT

I have duly read and fully understand the content of this statement and with free will I sign it by giving my explicit consent for the collection and processing of my personal data by the controller in accordance with the Law and Regulation (EU).

Full Name _____ ID card _____ Signature _____ e-Signature _____ Date _____

The declarant

Optional consent to receive information and/or promotional material and/or information about the insurance contract and/or transaction and/or the insurance company; as well as for the promotion and sale of materials and/or intangible goods and both services and remote services provided by Ypera Insurance Co. Ltd.

I hereby explicitly declare that I agree to receive from me the above-mentioned information.

Optional consent to receive informative and/or advertising material and/or any other information about the insurance contract and/or transaction and/or about the insurance company, as well as for the promotion and sale of material and/or intangible products and goods & services remotely by Ypera Insurance Co Ltd

YES NO