

Όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις πρέπει να απαντηθούν πλήρως για όλα τα προτεινόμενα για ασφάλιση άτομα. Όπου η απάντηση είναι θετική παρακαλώ δώστε πλήρεις λεπτομέρειες στον ανάλογο πίνακα που ακολουθεί:

Ασφαλιστικό Ιστορικό

1. Είστε ασφαλισμένοι τώρα ή υπήρξατε ποτέ ασφαλισμένοι με Σχέδιο Υγείας, με την Εταιρεία μας ή με οποιαδήποτε άλλη Ασφαλιστική Εταιρεία; Αν ναι, παρακαλώ δηλώστε μας το όνομα της Εταιρείας και το σχέδιο με το οποίο είστε ασφαλισμένοι.

NAI OXI

2. Έχει απορριφθεί ή γίνει αποδεκτή με ειδικούς όρους ή επασφάλιστρο, αίτηση σας για ασφάλεια Ζωής, Υγείας ή Προσωπικών Ατυχημάτων από οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία;

NAI OXI

3. Έχετε υποβάλλει οποιαδήποτε αίτηση ασφάλισης Ζωής, Υγείας, ή Προσωπικών Ατυχημάτων στην Εταιρεία μας ή σε οποιαδήποτε άλλη Εταιρεία η οποία εκκρεμεί προς αποδοχή;

NAI OXI

ΑΡ. ΕΡΩΤ.	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ

Τρόπος Ζωής

1. Καπνίζετε;

NAI OXI

Αν ναι, παρακαλώ δηλώστε:

• Για πόσα χρόνια καπνίζετε _____
• Την ημερήσια κατανάλωση σας σε καπνό _____

2. Παρακαλώ δηλώστε την καθημερινή σας κατανάλωση σε αλκοόλ. _____

3. Ταξιδεύετε συχνά στο εξωτερικό εκτός για σκοπούς αναψυχής; Αν ναι, πόσο συχνά, για πόσο χρονικό διάστημα και πού;

NAI OXI

4. Προτίθεστε να ζήσετε μόνιμα εκτός Κύπρου;

NAI OXI

5. Ασχολείστε με οποιοδήποτε άθλημα ή δραστηριότητα;

NAI OXI

Αν ναι, δηλώστε το άθλημα και εάν ασχολείστε επαγγελματικά ή ερασιτεχνικά _____

6. Υπάρχουν συνθήκες στο επάγγελμα, συνήθειες ή άλλες ασχολίες που σας εκθέτουν σε κίνδυνο; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες _____

7. Οδηγείτε δίκυκλο άνω των 75CC; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες _____

NAI OXI

ΑΡ. ΕΡΩΤ.	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ

Ιατρικό Ιστορικό

Υποφέρετε τώρα ή είχατε υποφέρει ποτέ στο παρελθόν από:

1. Πρόβλημα Καρδιάς ή μη φυσιολογικού καρδιογραφήματος;

NAI OXI

2. Πάθηση αίματος, αιμοφόρων αγγείων, αναιμία, υπέρταση, πόνο στο στήθος ή ταχυπαλμία;

NAI OXI

3. Πάθηση πνευμόνων, βρόγχων ή άλλο στήθικό νόσημα;

NAI OXI

4. Παθήσεις οφθαλμών, αυτιών, λαιμού στόματος ή ιγμορείων;

NAI OXI

5. Παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος, χοληδόχου κύστης, κολικό νεφρού, πέτρες, αίμα, λεύκωμα ή σάκχαρο στα ούρα;

NAI OXI

6. Σακχαρώδη διαβήτη, ψηλή χοληστερόλη ή / και τριγλυκερίδια;

NAI OXI

7. Παθήσεις θυροειδούς, λεμφαδένων, όγκο, καρκίνο, κατά πλάκας σκλήρυνση ή / και νόσο Πάρκινσον;

NAI OXI

8. Ιλίγγους, απώλεια αισθήσεων, διανοητικές διαταραχές, σπασμούς, επιληψία, παράλυση ή άλλη πάθηση εγκεφάλου ή νευρικού συστήματος;

NAI OXI

9. Ρευματικό πυρετό, αρθρικά, μυοσκελετικά προβλήματα, κατάγματα ή αναπηρίες;

NAI OXI

10. Κύστη κόκκυγος, αιμορροΐδες, κήλη, περιεδρικό συρίγγιο, κίρσους ή άλλες παθήσεις του κυκλοφοριακού συστήματος;

NAI OXI

11. Μολυσματική μεταδοτική ασθένεια (σύφιλη ή γονόρροια) ή έχετε πάρει ιατρική συμβουλή, θεραπεία ή έχετε κάνει αναλύσεις αίματος που σχετίζονται με αυτά ή αναλύσεις για ηπατίτιδα ή/ και AIDS;

NAI OXI

12. Έχετε κάνει οποιαδήποτε μετάγγιση αίματος ή στοιχείων του αίματος; Έχετε απορριφθεί ως δότης αίματος ή έχετε το στίγμα μεσογειακής αναιμίας;

NAI OXI

13. Έχετε κάνει ακτινογραφίες, καρδιογραφήματα, αναλύσεις ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις ή γενικές ιατρικές εξετάσεις (Τσεκ-απ); Παρακαλώ δηλώστε γιατί.

NAI OXI

14. Έχετε υποβληθεί σε εγχείρηση ή παραμείνατε σε νοσοκομείο ή κλινική;

NAI OXI

15. Έχετε πάρει ποτέ άλλες ουσίες ενδοφλεβίως ή φάρμακα χωρίς την συνταγή ιατρού;

NAI OXI

16. Για Γυναίκες Μόνο:

• Παρακαλώ δήλωσε παθήσεις μαστών ή / και γεννητικών οργάνων _____

• Είστε έγκυος; _____ NAI OXI

• Αν ναι, πόσο μηνών; _____

17. Για Άνδρες Μόνο:

• Έχετε υπηρετήσει ή υπηρετείτε τώρα κανονικά την Στρατιωτική σας θητεία; _____ NAI OXI

• Αν έχετε πάρει απαλλαγή για οποιοδήποτε λόγο παρακαλώ προσκομίστε δικαιολογητικά. _____ NAI OXI

18. Οικογενειακό Ιστορικό:

Υπέφεραν ή υποφέρουν οι γονείς ή τα αδέρφια σας (είτε εν ζωή είτε όχι) από διαβήτη, καρδιοπάθεια, όγκο ή καρκίνο, νόσο Huntington's, πολυκυστικά νεφρά, εγκεφαλικό επεισόδιο, κατά πλάκας σκλήρυνση, νευροπάθειες, υπέρταση ή οποιαδήποτε άλλη κληρονομική ασθένεια; _____ NAI OXI

19. Παρακαλώ δηλώστε το όνομα και διεύθυνση του προσωπικού οικογενειακού σας γιατρού. _____

ΑΡ. ΕΡΩΤ.	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ

ΑΡ. ΕΡΩΤ.	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΣΥΜΦΩΝΟΣ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ (ΕΕ) 2016/679.

Με βάση τις πρόνοιες του Περί Προστασίας των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κανονισμού (ΕΕ) αρ.2016/679, η YperalnsuranceCo. Ltd (εφεξής η Ypera), έχει υποχρέωση και ευθύνη να διασφαλίζει ότι τα προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν τυχάνουν 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 αρχαιοθήκης 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 Προτεινόμενα μέσω της παρούσας Πρότασης και εάν εν συνεχεία εκδοθεί τυχόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο, σε εξέταση τυχόν υποβαλλόμενης απαίτησης.

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 οποίους τηρούνται 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 ασφάλεια 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 αιτήματός 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 παρασχεθήκαν. 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 τηλεμοιότυπο 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 αιτήματός 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 ασφάλισης ή την πρόσθετη πράξη, αφού δεν θα είναι σε θέση να την εξετάσει ή να τερματίσει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή να απορρίψει απαίτηση 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 συγκατάθεση 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 πρόωθηση και πώληση υλικών και/ή άυλων προϊόντων και αγαθών και υπηρεσιών εξ αποστάσεως από την Ypera Insurance Co. Ltd.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπεύθυνη Δήλωση

Δηλώνω/ουμε ότι εκτός από τα πιο πάνω, οποιαδήποτε άλλη πληροφορία έχετε συγκεντρώσει από μένα/μας παραμένει ως έχει, ως ήδη σας έχω/ουμε δηλώσει στην αρχική μου/μας πρόταση. Δηλώνω/ουμε ότι ο,τιδήποτε αναφέρεται στην πρόταση αυτή είναι απόλυτα αληθές και ότι δεν έχω/ουμε αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακριβεία οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ/ούμε επίσης ότι η πρόταση και δήλωση αυτή είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα/μας, θα αποτελεί τη βάση του ασφαλιστηρίου αυτού μεταξύ μου/μας και της **Ypera Insurance Co. Ltd** και θα θεωρείται ως να ενσωματώνεται στο ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί. Αν οποιαδήποτε απάντηση έχει γραφεί από άλλο πρόσωπο, αυτό το πρόσωπο θα θεωρείται δικός μου/μας αντιπρόσωπος και όχι αντιπρόσωπος της **Ypera Insurance Co. Ltd**.

Υπογράφηκε στην _____ την _____

Υπογραφή Ασφαλισμένου _____ Υπογραφή Συμβαλλομένου _____

e-Signature _____ Date _____

Δήλωση Αντιπροσώπου

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαραίτητες εξηγήσεις/διευκρινίσεις έχουν δοθεί στον Κυρίως Ασφαλισμένο και στον Προτεινόμενα και ότι δεν γνωρίζω οτιδήποτε άλλο που θα μπορούσε να επηρεάσει την απόφαση της Εταιρείας σχετικά με την ασφαλισιμότητα του Κυρίως Ασφαλισμένου προσώπου και των προς ασφάλιση εξαρτωμένων προσώπων.

Ημερομηνία _____ Ονοματεπώνυμο Αντιπροσώπου _____

Υπογραφή Αντιπροσώπου _____ Κωδικός Αντιπροσώπου _____

e-Signature _____ Date _____