

Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number:

Κωδ. Αντιπροσώπου
Agent's Code

Όνομα Αντιπροσώπου
Agent's Name

Παρακαλούμε όπως απαντήσετε λεπτομερώς όλες τις ερωτήσεις του εντύπου που σχετίζονται με το ατύχημα ή/και ασθένεια σας. Εάν ο χώρος δεν είναι αρκετός ή επιθυμείτε να προσθέσετε άλλες πληροφορίες χρησιμοποιήστε ξεχωριστό φύλλο χαρτιού. / Please give details for all the questions on the form related to the accident and/or illness. Where the space is insufficient or you wish to add further information please use a separate sheet of paper.

02/24

Στοιχεία Ασφαλισμένου / Insured's Details

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου / Full Name: _____ Αρ. Ταυτ. (ARC) / ARC No: _____

Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Mail Address: _____ Τηλ. / Tel.: _____

ΜΕΡΟΣ Ι. Συμπληρώνεται από τον Συμβαλλόμενο (Εργοδότη) / PART I. To be completed by the Policyholder (Employer)

Όνοματεπώνυμο / Full Name: _____ Αρ. Συμβολαίου / Policy No: _____

Αρ. Εγγραφής Εταιρείας ή Ταυτότητα / Company Registration No: or ID No: _____

Τηλ. / Tel.: _____ Α.Μ.Ε / Employer Registration No: _____

Διεύθυνση / Address: _____

Περίοδος Κάλυψης / Period of Coverage: _____ Επιλογή Κάλυψης / Choice of Coverage: _____

ΜΕΡΟΣ ΙΙ. Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό / PART II. To be completed by the attending doctor

Ο υπογεγραμμένος ιατρός ειδικότητας / The undersigned doctor specialized in _____

εξέτασα σήμερα τον/την / has examined today Mr./Mrs _____ και διέγνωσα / and diagnosed _____

Όνομα ιατρού / Doctor's Full Name _____ Υπογραφή / Signature _____ Τηλ. / Tel. _____ Ημερομηνία / Date _____

Συνταγή για Φάρμακα - Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό / Medication Prescription-To be completed by the attending doctor

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Παρακαλούμε όπως επισυναφθεί η σχετική απόδειξη πληρωμής φαρμάκων / Please attach the relevant proof of payment for the medical tests and results

Αναλύσεις - Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό / Medical Exams-To be completed by the physician

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Παρακαλούμε όπως επισυναφθεί η σχετική απόδειξη πληρωμής αναλύσεων και τα αποτελέσματα αυτών / Please also attach the relevant medical exams receipt of payment as well as the results

Ακτινογραφίες - Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό / Radiography-To be completed by the physician

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Παρακαλούμε όπως επισυναφθεί η σχετική απόδειξη πληρωμής ακτινογραφιών, οι ακτινογραφίες ή MRI ή ULTRA SOUND και η σχετική έκθεση αυτών / Please also attach the relevant radiography receipt of payment or MRI or ultrasound as well as the results report

ΜΕΡΟΣ III. Το Συμβάν / PART II. The Incident

Πάθηση: Διάγνωση / Condition: Diagnosis _____
(Αν πρόκειται για ατύχημα και προκλήθηκαν σωματικές βλάβες, αναφέρατε που και πως συνέβηκε) / (In case of an accident where bodily injury was caused, please indicate where & how it happened). _____

Ημερομηνία Εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά / State the date when the first symptoms appear _____

Έχετε αρρωστήσει στο παρελθόν από την ίδια αιτία; Αν ναι, πότε; / Did you ever receive any medical treatment in the past for the same illness? If yes, when _____

Όνοματεπώνυμο θεράποντος Ιατρού / Full Name & Address of Attending Doctor _____

Ημ.Εξέτασης / Examination Date _____

Δηλώνω ότι έχω υποστεί τους ποιο πάνω τραυματισμούς η/και ασθένειες και βεβαιώνω ότι οι ποιο πάνω λεπτομέρειες είναι από κάθε άποψη αληθείς και συμφωνώ ότι αν έχω προβεί ή θα προβώ σε οποιαδήποτε ψευδή δήλωση, απόκρυψη ή παρασιώπηση γεγονότων, το δικαίωμα μου για αποζημίωση, θα χαθεί πλήρως. / I declare with full awareness and knowledge of the consequences of the Law concerning false statements that the answers I have given above are correct and true. I authorize all my doctors, Hospitals and Clinic or any other person or organization, to give all information that will be asked for by the Company or legal representative (relating to my injury/injuries and/or illness/illnesses and to the current declaration). In addition, the Company may ask for other medical records required from any of the above doctor who has treated me at any time.

_____ Ημερομηνία / Date

_____ Υπογραφή Ασφαλισμένου / Signature of the Insured

_____ Ημερομηνία / Date

_____ Υπογραφή Συμβαλλομένου / Signature of the Policyholder

_____ Ημερομηνία / Date

_____ Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature

ΜΕΡΟΣ IV. Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό στη περίπτωση εσωτερικού ασθενή / PART IV. To be completed by the physician in case of inpatient

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου / Insured Full Name _____ Ημερ. Γέννησης / Date of Birth _____

1. Ασθένεια ή Σωματική Βλάβη / Illness or Injury _____

2. Αν πρόκειται για εγκυμοσύνη πότε περίπου άρχισε / _____
In case of pregnancy please state when this has occurred

3. Πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα ή πότε συνέβηκε το ατύχημα / _____
Please state when the first symptoms appear and/or when the incident had happened

4. Πότε σας συμβουλευτήκε ο ασθενής για την πιο πάνω κατάσταση / _____
When did the patient has consulted you for the above stated condition

5. Φύση χειρουργικών ή μαιευτικών επεμβάσεων εφόσον πραγματοποιήθηκαν / _____
Please state the nature of surgical or obstetric procedures performed

_____ Ημερομηνία / Date

_____ Υπογραφή Ιατρού / Doctor's Signature

Επωνυμία Κλινικής / Full Name of Clinic _____ Ημ. Εισόδου / Admission Date _____

Διεύθυνση & Τηλ. / Address & Contact Details _____ Ημ. Εξόδου / Discharge Date _____

Δωμάτιο & Τροφή / Room & Nourishment _____ Ημέρες X / Days X _____ Ημερησίως / Per Day _____

Έξοδα χρησιμοποίησης Χειρουργείου / Surgery Room Expenses € _____

Αμοιβή αναισθησιολόγου / Anesthesiologist Fee € _____

Αναλύσεις / Medical Examinations € _____

Ακτινογραφίες / Radiography € _____

Φάρμακα (Δώστε αναλυτική κατάσταση) / Medication (provide analytical list of medicines) € _____

Ηλεκτροκαρδιογραφήματα / Electrocardiograph € _____

Σύμφωνα με τα αρχεία της Κλινικής δηλώνω ότι οι πιο πάνω υπηρεσίες παρασχέθηκαν στον πιο πάνω ασθενή / According to the clinics records I declare that the above stated services are provided in the above patient Σύνολο / Total € _____

Ημερομηνία / Date

Υπογραφή & Σφραγίδα Κλινικής / Signature & Clinic Stamp

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 Ypera Insurance Co. 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 εμάς, 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 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 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 υπεύθυνου 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 πρόβασης 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 παρασχεθήκατε. 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 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 αιτήματός σας. Η προθεσμία αυτή μπορεί να παραταθεί κατά δύο (2) ακόμη μήνες, εφόσον απαιτείται λαμβανομένου υπόψη της πολυπλοκότητας του αιτήματός 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 αίτηση για αποζημίωση σας.

III. ΔΗΛΩΣΗ

Έχω διαβάσει, ενημερωθεί και κατανοήσι 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 ΔΗΛΩΩΝ /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 άλλων προϊόντων και αγαθών και υπηρεσιών εξ αποστάσεως από την Ypera Insurance Co. Ltd.

ΝΑΙ ΟΧΙ

CONSENT ACCORDING TO THE PROCESSING OF PERSONAL DATA (PROTECTION OF NATURAL PERSONS) REGULATION (EU) 2016/679.

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 updates 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 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

Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature

Ημερομηνία / Date