

Κωδ. Αντιπροσώπου
Agent's Code

Όνομα Αντιπροσώπου
Agent's Name

Στοιχεία Ασφαλισμένου / Insured Details

Όνοματεπώνυμο / Full Name _____

Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου _____ Ημερ. Γέννησης _____ Άρρεν _____ Θήλυ _____ Ύψος _____ Βάρος _____
ID Card No./Passport Date of Birth Male Female Height Weight

Διεύθυνση Κατοικίας/ _____ Τ.Κ./P.O Box _____ Πόλη/City _____
Residential Address

Επάγγελμα/Occupation _____ Αναλυτικά καθήκοντα/Duties _____

Τηλέφωνα/Tel. _____ E-mail _____

Οικογενειακή κατάσταση / Marital status: Άγαμος/η / Single: Έγγαμος/η / Married

Διεύθυνση αλληλογραφίας/Correspondence Address _____

_____ Τ.Τ./Postal Code _____ Πόλη/City _____

Στοιχεία Συμβαλλόμενου / Policy Holder's Details

Όνοματεπώνυμο/Επωνυμία Εταιρείας / Full Name/Company Name _____

Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου/Εγγρ. Εταιρείας _____ Ημερ. Γέννησης _____
ID Card No./Passport/Registration No. Date of Birth

Επάγγελμα/Occupation _____

Τηλέφωνα/Tel. _____ E-mail _____

Διεύθυνση αλληλογραφίας/Correspondence Address _____

_____ Τ.Τ./Postal Code _____ Πόλη/City _____

Πίνακας Παροχών Ασφαλιστηρίου / Schedule of Benefits

ΩΦΕΛΗΜΑΤΑ / BENEFITS	ΠΟΣΟ ΚΑΛΥΨΗΣ/COVERAGE RATE
• Θάνατο από Ατύχημα / Death of Accident	€
• Μόνιμη Ολική Ανικανότητα / Permanent Total Disability	€
• Μόνιμη Μερική Ανικανότητα / Permanent Partial Disability	€
• Προσωρινή Ολική Ανικανότητα / Temporary Total Disability	€
• Ιατρικά Έξοδα / Medical Expenses	€
• Ιατρικά Βοηθήματα / Medical Devices	€
• Μετατροπές στο χώρο Κατοίκησης / Home Modifications	€
• Επέκταση Κάλυψης για Επικίνδυνα Σπορ / Extended coverage for hazardous sports	€
• Μεταφορικά από και προς το Εξωτερικό / Transportation from and to abroad	€
• Μεταφορά Σωρού / Repatruction of mortal remains	€
• Έξοδα Μεταφοράς Συνοδού / Travel cost of accompany family member	€
• Σοβαρές Ασθένειες / Dread Diseases	€
• Επίδομα Διαχείρισης Διαθήκης / Legal Advisors Benefit	€
• Επίδομα Διαχείρισης Περιουσίας / Property Administration Benefit	
• Επίδομα Κηδείας / Funeral Benefit	
• Επίδομα Οικογένειας / Family Benefit	
• Επίδομα Ιατροδικαστικών Εξόδων / Forensic Expenses Benefit	
• Διεθνής Υπηρεσίες Εκτάκτου Ανάγκης (Assist America) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ/YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ/NO	Δεύτερη Ιατρική Γνωμάτευση <input type="checkbox"/> ΝΑΙ/YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ/NO
Global Emergency Services (Assist America)	Second Medical Opinion

Πρόσθετες Καλύψεις/ Additional Cover

Τρόπος Πληρωμής Ασφαλίσεων / Premium Payment Methods

Τρόπος Πληρωμής/Method of Payment _____ Ετήσιος/Annually _____ Εξαμηνιαίος/Semi Annualy _____ Τριμηνιαίος/Quarterly _____ Μηνιαίος/Monthly
_____ Μετρητά/Cash _____ Με τραπεζική εντολή/Direct Debit
Ασφάλιστρο/Premium € _____ Προκαταβολή/Deposit _____ Ημερομηνία/Date _____
από/from _____ μέχρι/to _____

Περίοδος Ασφάλισης/ Insurance Period

Όλες οι πιο κάτω ερωτήσεις πρέπει να απαντηθούν πλήρως. Όπου η απάντηση είναι θετική παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες:
The following questions should be fully answered. Where the answer is positive please provide all respective details:

Ασφαλιστικό Ιστορικό / Insurance History

1. Είστε ασφαλισμένος τώρα ή υπήρξατε ποτέ ασφαλισμένος 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 ασφαλισμένος. / Are you insured now or have you ever been insured under a Health Insurance Plan, with our company or any other insurance company? If yes, please state the name of the insurance company with which you are or have been held covered.

NAI/YES _____

OXI/NO

2. Έχει απορριφθεί ή γίνει αποδεκτή με ειδικούς όρους ή επασφάλιστρο, αίτηση σας για ασφάλεια Ζωής, Υγείας ή Προσωπικών Ατυχημάτων από οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία; / Has your application for life, Health and / or Personal Accident insurance been rejected under special terms and / or premium by any insurance company?

NAI/YES _____

OXI/NO

3. Έχετε υποβάλει οποιαδήποτε αίτηση ασφάλισης Ζωής, Υγείας, ή Προσωπικών Ατυχημάτων στην Εταιρεία μας ή σε οποιαδήποτε άλλη Εταιρεία η οποία εκκρεμεί προς αποδοχή; / Do you have any application pending acceptance for Life, Health or Personal Accident insurance, by our company or any other insurance company?

NAI/YES _____

OXI/NO

Τρόπος Ζωής / Way of Life

1. Καπνίζετε;/Do you smoke? NAI/YES OXI/NO

Αν ναι, παρακαλώ δηλώστε;/If Yes, please state:

• Για πόσα χρόνια καπνίζετε;/For how many years you have been smoking _____

• Την ημερήσια κατανάλωση σας σε καπνό;/State your daily consumption of tobacco _____

2. Παρακαλώ δηλώστε την καθημερινή σας κατανάλωση σε αλκοόλ/
Please state your daily alcohol consumption _____

3. Ταξιδεύετε συχνά στο εξωτερικό εκτός για σκοπούς αναψυχής; NAI/YES OXI/NO

Αν ναι, πόσο συχνά, για πόσο χρονικό διάστημα και πού;/

Do you travel abroad frequently for reasons other than recreational?

If yes, please state how often, for how long and destination _____

4. Προτίθεστε να ζήσετε μόνιμα εκτός Κύπρου;/ NAI/YES OXI/NO

Do you intend to live abroad permanently? _____

5. Ασχολείστε με οποιοδήποτε άθλημα ή δραστηριότητα;/ NAI/YES OXI/NO

Do you engage in any sport or other activity? _____

Αν ναι, παρακαλώ δηλώστε το άθλημα και αν ασχολείστε επαγγελματικά ή ερασιτεχνικά / If yes, please state what kind of sport and whether you engage in a professional or amateur mode _____

6. Δηλώστε αν είστε αριστερόχειρας;/ NAI/YES OXI/NO

State if you are left-handed. _____

7. Υπάρχουν συνθήκες στο επάγγελμα, συνθήκες ή άλλες ασχολίες που σας εκθέτουν σε κίνδυνο; Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες
Are there any conditions in your profession, habits or other occupations that put you at risk? If Yes, please give details. NAI/YES OXI/NO

8. Οδηγείτε δίκυκλο άνω των 75 CC; NAI/YES OXI/NO

Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες/
Do you drive a motor above 75CC? If yes, please give details.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ / Medical History

Υποφέρετε τώρα ή είχατε υποφέρει ποτέ στο παρελθόν από:

Do you suffer now or have you ever suffered in the past from:

1. Πρόβλημα Καρδίας ή μη φυσιολογικό καρδιογραφήματος;/ Heart disorders or abnormal electrocardiograph? NAI/YES OXI/NO

2. Πάθηση αίματος, αιμοφόρων αγγείων, αναιμία, υπέρταση, πόνο στο στήθος ή ταχυπαλμία;/ Blood and blood vessel disorders, anemia, hypertension, chest pain or shortness of breath? NAI/YES OXI/NO

3. Πάθηση πνευμόνων, βρόγχων ή άλλο σθητικό νόσημα;/ Lung and bronchial disorders, or any other respiratory and/or chest disease? NAI/YES OXI/NO

4. Παθήσεις οφθαλμών, αυτιών, λαιμού στόματος ή ιγμορείων;/ Eye, ear, throat, mouth or sinus disorders? NAI/YES OXI/NO

5. Παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος, χοληδόχου κύστης, κολικό νεφρού, πέτρες, αίμα, λεύκωμα ή σάκχαρο στα ούρα;/ Disorders of the urinary track, gall bladder, renal colic, renal stones, blood, protein or sugar in the urine? NAI/YES OXI/NO

6. Σακχαρώδη διαβήτη, ψηλή χοληστερόλη ή / και τριγλυκερίδια;/ Diabetes mellitus, hyperlipidemia? NAI/YES OXI/NO

7. Παθήσεις θυροειδούς, λεμφαδένων, όγκο, καρκίνο, κατά πλάκας σκλήρυνση ή / και νόσο Πάρκινσον;/ Disorders of the thyroid gland, lymphnodes, tumors, cancer, multiple sclerosis and/or Parkinson's disease? NAI/YES OXI/NO

8. Ιλιγγους, απώλεια αισθήσεων, διανοητικές διαταραχές, σπασμούς, επιληψία, παράλυση ή άλλη πάθηση εγκεφάλου ή νευρικού συστήματος;/ Vertigo, fainting attacks, mental disorders, epilepsy, any disorders of the mental and nervous system or cerebral disease? NAI/YES OXI/NO

9. Ρευματικό πυρετό, αρθριτικά, μυοσκελετικά προβλήματα, κατάγματα ή αναπηρίες;/ Rheumatic fever, arthritis, lumbago, gout or any other bone, joints, or spinal cord disorders, fractures or disabilities? NAI/YES OXI/NO

10. Κύστη κόκκυγος, αιμορροΐδες, κήλη, περιεδρικό συρίγγιο, κίρσους ή άλλες παθήσεις του κυκλοφοριακού συστήματος;/ Cyst of coccyx, hemorrhoids, hernia, any form of celes, fistula, varicose veins or other disorders of the circulatory system? NAI/YES OXI/NO

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;/ Any sexually transmitted disease (e.g. syphilis or gonorrhoea), or have you ever sought medical advice, treatment, or had clinical tests carried out in connection with these or any other viral diseases such as hepatitis C and/or AIDS? NAI/YES OXI/NO

12. Έχετε κάνει οποιαδήποτε μετάγγιση αίματος ή στοιχείων του αίματος; Έχετε απορριφθεί ως δότης αίματος ή έχετε το στίγμα μεσογειακής αναιμίας;/Have you ever had any blood transfusions or have received treatment with any blood products? Have you ever been rejected as a blood donor are you a Trait B carrier? NAI/YES OXI/NO

13. Έχετε κάνει ακτινογραφίες, καρδιογραφήματα, αναλύσεις ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις ή γενικές ιατρικές εξετάσεις (Τσεκ-απ); Παρακαλώ δηλώστε γιατί./Have you ever had X-rays, electrocardiograms, clinical tests, or other diagnostic tests, or general medical check-ups? If yes state why these were carried out. NAI/YES OXI/NO

14. Έχετε υποβληθεί σε εγχείρηση ή παραμείνατε σε νοσοκομείο ή κλινική;/Have you ever been operated or hospitalized for any reason? NAI/YES OXI/NO

15. Έχετε πάρει ποτέ άλλες ουσίες ενδοφλεβίως ή φάρμακα χωρίς την συνταγή ιατρού;/Have you ever taken any other intravenous drugs and/or medications without a medical prescription? NAI/YES OXI/NO

16. Για Γυναίκες Μόνο/For Female applicants only:
• Παρακαλώ δήλωσε παθήσεις μαστών ή / και γεννητικών οργάνων/Please state any breast and/or genital organs disorders.

• Είστε έγκυος;/Are you presently pregnant? NAI/YES OXI/NO
• Αν ναι, πόσο μηνών;/If yes, please state in which month _____

17. Για Άνδρες Μόνο/For Male applicants only:
• Έχετε υπηρετήσει ή υπηρετείτε τώρα κανονικά την Στρατιωτική σας Θητεία;/Have you regularly served or are you now serving your military service? NAI/YES OXI/NO
• Αν έχετε πάρει απαλλαγή για οποιοδήποτε λόγο παρακαλώ προσκομίστε δικαιολογητικά/If not, please supply us with a photocopy of your release report

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;/Has any of your parents or siblings (whether alive or not) ever suffered or are suffering now from diabetes, heart disease, tumors or cancer, Huntington's Chorea, polycystic kidneys, stroke, multiple sclerosis, neuropathies, hypertension or other hereditary disease? NAI/YES OXI/NO

19. Παρακαλώ δηλώστε το όνομα και διεύθυνση του προσωπικού οικογενειακού σας γιατρού./ Please state the name and address of your personal medical attendant.

ΑΡ. ΕΡΩΤ. QUEST. No.	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ/DETAILS

Υπεύθυνη Δήλωση / Declaration

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 ανακρίβεια 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**.

We declare that besides the above, any other information obtained from me/us remains the same as the information I/ we have already provided to you in my/our previous proposal.

We declare and warrant that after enquiry all statements and particulars contained in this Proposal and addenda are true and that no information whatever has been withheld which might increase the risk of **Ypera Insurance Co. Ltd** or influence the acceptance of this Proposal and should the above particulars alter in any way I/we will advise **Ypera Insurance Co. Ltd** as soon as practicable. I/we understand that failure to disclose any material facts which would be likely to influence the acceptance and assessment of the Proposal may result in **Ypera Insurance Co. Ltd** refusing to provide indemnity or voiding the policy in every respect. I/we hereby agree and accept that this Declaration shall be the basis of the contract between both parties if entered into.

Υπογράφηκε στην / Signed in _____ την / on the _____

Υπογραφή Ασφαλισμένου / Insured's Signature _____ Υπογραφή Συμβαλλόμενου / Policy Holder Signature _____

Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature _____ Ημερομηνία/Date _____

Με βάση τις πρόνοιες του Περί Προστασίας των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κανονισμού (ΕΕ) αρ.2016/679, η ΥπεραInsuranceCo. Ltd (εφεξής η Υπερα), έχει υποχρέωση και ευθύνη να διασφαλίζει 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 απαίτησης.

Η Υπερα 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 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.

Ι. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ "ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΙ/Η ΕΝ ΔΥΝΑΜΕΙ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΕ 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 παρασχέθηκαν. 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 τηλεομοίτυπο 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 Υπερα, θα έχει το δικαίωμα να απορρίψει την πρόταση ασφάλισής 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 κατανοήσει 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 άλλων προϊόντων και αγαθών και υπηρεσιών εξ αποστάσεως από την Υπερα Insurance Co. Ltd.

ΝΑΙ ΟΧΙ

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 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

Δήλωση Αντιπροσώπου / Agent's Declaration

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαραίτητες εξηγήσεις/διευκρινίσεις έχουν δοθεί στον Κυρίως Ασφαλισμένο και στον Προτείνοντα 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. / I hereby declare that all necessary explanations/clarifications have been given to the insured person and the Proposer and I do not know anything else that could affect the decision of the Company in connection with the insurability of the main insured person and of the insured dependants.

Όνοματεπώνυμο Αντιπροσώπου/Agent's Full Name _____ Κωδικός Αντιπροσώπου/Agent's Code Number _____

Ημερομηνία/Date _____ Υπογραφή Αντιπροσώπου/Agent's Signature _____

Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature _____ Ημερομηνία/Date _____