

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΑΤΟΜΙΚΗ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ) – THEODOULOU & SON MEDICAL CLUB

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζομένου/Συμβαλλομένου:

Όπου ο Συμβαλλόμενος είναι διαφορετικός από τον Κυρίως Ασφαλισμένο να προσκομιστεί συμπληρωμένο και υπογραμμένο το σχετικό έντυπο με τα στοιχεία του Συμβαλλομένου.

Όνοματεπώνυμο	Επάγγελμα	Ημ. Γεννήσεως	Ύψος/Βάρος	Αρ. Ταυτότητας

Φύλο: _____	Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος <input type="checkbox"/> Έγγαμος <input type="checkbox"/>	Αρ. Παιδιών.....
-------------	--	------------------

Διεύθυνση Κατοικίας	
Τηλέφωνο	
Ηλεκτρονική διεύθυνση	

Όνομα όπως αναγράφεται με αγγλικούς χαρακτήρες στην ταυτότητα ή διαβατήριο (παρακαλώ δηλώστε για όλα τα ασφαλιζόμενα άτομα)

Στοιχεία προτεινόμενων για ασφάλιση (εξαρτώμενα: σύζυγος εφόσον δεν έχει υπερβεί το 65^ο έτος της ηλικίας και παιδιά (έως 18 ετών και όλα τα άγαμα τέκνα έως 25 ετών ετών εφόσον είναι φοιτητές ή στρατιώτες στην εθνική φρουρά)

Όνοματεπώνυμο	Επάγγελμα	Ημ. Γεννήσεως	Ύψος/Βάρος	Αρ. Ταυτότητας	Φύλο
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		

Απαντήστε όλες τις ερωτήσεις πιο κάτω, για κάθε άτομο, σημειώνοντας (x) στα αντίστοιχα πλαίσια ΝΑΙ/ΟΧΙ	Κυρίως Ασφ.	1ο μέλος οικογ.	2ο μέλος οικογ.	3ο μέλος οικογ.	4ο μέλος οικογ.					
	Όνομα		Όνομα		Όνομα		Όνομα		Όνομα	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Έχετε συμβουλευτεί ιατρό για οποιοδήποτε λόγο, συμπεριλαμβανομένου εξετάσεων ρουτίνας και αιματολογικών αναλύσεων ή έχετε κάνει μετάγγιση αίματος εντός των προηγούμενων 5 ετών; Παρακαλώ δηλώστε τότε, γιατί έγιναν και ποιο το αποτέλεσμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος (π.χ. καρδιακά προβλήματα, ρευματικό πυρετό, υψηλή αρτηριακή πίεση, παθήσεις των αρτηριών και φλεβών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. φυματίωση, άσθμα, επίμονο βήχα, πνευμονία);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος (π.χ. λοιμώξεις των νεφρών, του ουροποιητικού ή των γεννητικών οργάνων, νεφρικών λίθων ή αφροδισιο νόσημα);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ. πεπτικές διαταραχές, γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος, ηπατίτιδα Β ή άλλες παθήσεις του συκωτιού, παθήσεις της χοληδόχου κύστεως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Διαβήτη, καρκίνο ή παθήσεις του αίματος, αδένα, σπληνας, αυτιών, ματιών ή δέρματος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ανεξήγητη νυχτερινή εφίδρωση και/ή απώλεια βάρους, επίμονο πυρετό, χρόνια ή επαναλαμβανόμενη διάρροια, ανεξήγητες λοιμώξεις ή πρησμένους αδένες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
8.	Παθήσεις του νευρικού συστήματος ή νευρικές διαταραχές (π.χ. επιληψία, λιποθυμικές τάσεις, συχνούς πονοκεφάλους, νευρικό κλονισμό);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Έχετε ποτέ κάνει ή έχετε συμβουλευτεί να κάνετε αιματολογικές αναλύσεις για AIDS ή έχετε ποτέ απορριφθεί ως αιμοδότης;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Έχετε ποτέ εισαχθεί σε νοσοκομείο/κλινική για θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Έχετε οποιαδήποτε πάθηση ή ασθένεια η οποία δεν αναφέρθηκε.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ Παθήσεις μαστών ή γεννητικών οργάνων; Είστε έγκυος; Αν ναι, πόσων μηνών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Είχατε ή έχετε μέλη της οικογένειάς σας με ιστορικό καρκίνου, παθήσεις καρδιάς, νεφρικές παθήσεις, διαβήτη, υψηλή αρτηριακή πίεση ή ψυχικές διαταραχές;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ασχολείστε με οποιοδήποτε άθλημα ή δραστηριότητα; Αν ναι παρακαλώ δηλώστε επαγγελματικά ή ερασιτεχνικά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Έχει σκοπό η ασφάλεια αυτή να αντικαταστήσει άλλη ασφάλεια που έχετε συνάψει μαζί μας ή με άλλη Ασφαλιστική Εταιρεία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Κατανάλωση σε:	Αλκοόλ (ημερησίως):			Κάπνισμα (ημερησίως):						

ΔΩΣΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΤΙΚΕΣ ΣΑΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ:

Αρ. Ερώτησης	Όνομα προτεινόμενου	Ιατρικό ιστορικό (Συχνότητα, Ημερ., Διάρκεια, Αποτελ.), Ονόματα ιατρών και νοσοκομείων/κλινικών.

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ (ΑΤΟΜΙΚΗ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ) - THEODOULOU & SON MEDICAL CLUB
ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ & ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ ΔΟΣΗΣ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ
ΜΗΝΙΑΙΑ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ

ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΑ

ΕΤΗΣΙΑ

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ
ΜΕΤΡΗΤΑ

ΤΡΑΠΕΖΙΚΗ ΧΡΕΩΣΗ

ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Για μηνιαία συχνότητα πληρωμής, η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται με έντυπο τραπεζικής χρέωσης.

ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΑΛΥΨΗ (Επείγουσα Ταξιδιωτική Βοήθεια, περιλαμβάνεται) – Ανώτατο Ετήσιο Όριο Κάλυψης €500.000

Υποχρεωτικές Καλύψεις	Μηνιαίο Ασφάλιστρο (€)				
	Κυρίως Ασφαλισμένος	1 ^ο Εξαρτώμενο	2 ^ο Εξαρτώμενο	3 ^ο Εξαρτώμενο	4 ^ο Εξαρτώμενο και κάθε επιπλέον
ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΑΛΥΨΗ & ΕΤΗΣΙΕΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (CHECK UP)	34,50	34,50	32,50	32,50	32,50
ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ	4,00	-	-	-	-
ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ					
ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΑΛΥΨΗ	22,50	22,50	15,00	15,00	15,00
ΕΙΔΙΚΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΓΙΑ ΕΚ ΓΕΝΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
ΕΠΑΝΑΠΑΤΡΙΣΜΟΣ ΣΟΡΟΥ	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30

	ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΛΥΨΕΩΝ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	€ μηνιαίως
1.	ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΑΛΥΨΗ & ΕΤΗΣΙΕΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (CHECK UP)	X		
2.	ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΑΛΥΨΗ – Ανώτατο Ετήσιο Όριο Κάλυψης ανά άτομο €1.500			
3.	ΕΙΔΙΚΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΓΙΑ ΕΚ ΓΕΝΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ (Ανώτατο όριο κάλυψης €100.00, βλέπε ειδικούς όρους συμβολαίου)			
4.	ΕΠΑΝΑΠΑΤΡΙΣΜΟΣ ΣΟΡΟΥ (Ανώτατο όριο κάλυψης ανά άτομο €3.500, Για σκοπούς έκδοσης άδειας παραμονής στην Κύπρο)			
Συνολικό Μηνιαίο Καθαρό Ασφάλιστρο				
Δικαίωμα Συμβολαίου				4,00
Συνολικό Μηνιαίο Μεικτό Ασφάλιστρο				
Συνολικό Μεικτό ασφάλιστρο σύμφωνα με τη συχνότητα πληρωμής				

ΔΗΛΩΣΕΙΣ /DECLARATIONS

Εγώ ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, δια του παρόντος εντύπου βεβαιώνω την εγκυρότητα των προσωπικών δεδομένων που περιέχονται πιο πάνω καθώς και οιονδήποτε άλλων προσωπικών δεδομένων τα οποία δύναται να δοθούν και/ή να κοινοποιηθούν στην Trust International Insurance Company (Cyprus) Ltd (στο εξής θα αναφέρεται ως «**Εταιρεία**») κατά την υλοποίηση των πιο πάνω καθώς και κατά την παροχή από την Εταιρεία των υπηρεσιών της προς εμένα αναφορικά με τους σκοπούς που αναφέρονται στην Πολιτική Προστασίας Δεδομένων όπως και για σκοπούς επικοινωνίας ως αυτοί αναφέρονται πιο κάτω (εφεξής συλλογικά οι "**Σκοποί**").

1. Εγώ ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, δια του παρόντος εντύπου βεβαιώνω ότι σε περίπτωση που, στα πλαίσια των πιο πάνω, παρέχω ή πρόκειται να μεταβιβάσω στην Εταιρεία δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τρίτων προσώπων, έχω λάβει την συγκατάθεση των προσώπων αυτών και έχω πλήρως ενημερώσει προς τούτο τα εν λόγω πρόσωπα. Για αποφυγή τυχών αμφιβολιών, οποιαδήποτε αναφορά στο παρόν έντυπο σε προσωπικά δεδομένα αφορά τόσο τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα του κάτωθι υπογεγραμμένου/ης όσο και τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τρίτων προσώπων τα οποία ο κάτωθι υπογεγραμμένος/η τυχόν παρέχει στην Εταιρεία.

2. Προς αποφυγή τυχών αμφιβολιών ισχύουν τα ακόλουθα:

i. Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, δια του παρόντος εντύπου βεβαιώνει ότι όλα τα πιο πάνω προσωπικά δεδομένα είναι ακριβή και αληθή.

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, δια του παρόντος εντύπου συγκατατίθεται όπως, σε περίπτωση που στην παρούσα συμμετέχει εξαρτώμενο πρόσωπο (ή νόμιμος κηδεμόνας εξαρτώμενου προσώπου), (i) όλες οι πιο πάνω επικοινωνίες οι οποίες δύναται να γίνουν στα πλαίσια της υλοποίησης του Σκοπού, θα πραγματοποιούνται μέσω του αντισυμβαλλομένου κατόχου της παρούσας σύμβασης ή του ασφαλιστικού του πράκτορα (αναλόγως της περίπτωσης και συμφώνως προς την παράγραφο 1 πιο πάνω) και όχι απευθείας με το εξαρτώμενο πρόσωπο (ή τον νόμιμο κηδεμόνα εξαρτώμενου προσώπου) και (ii) όλες οι αναγκαίες πληρωμές στα πλαίσια υλοποίησης του Σκοπού θα γίνονται μέσω του ίδιου του/της υπογεγραμμένου/ης αντισυμβαλλομένου/κατόχου της παρούσας σύμβασης.

3. Εγώ, ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η κατανοώ ότι, στα πλαίσια της διεξαγωγής των Σκοπών, δύναται να ζητηθεί από εμένα να μεταβιβάσω ή έχω ήδη μεταβιβάσει προσωπικά δεδομένα στην Εταιρεία (συμπεριλαμβανομένων μεταξύ άλλων και του ιατρικού μου ιστορικού ή κατάστασης και/ή του ιατρικού ιστορικού ή κατάστασης τρίτου προσώπου συμφώνως προς την παράγραφο 2 πιο πάνω) τα οποία ταξινομούνται ως 'ευαίσθητα' για σκοπούς της Ευρωπαϊκής νομοθεσίας προστασίας προσωπικών δεδομένων και για τα οποία υπάρχουν πρόσθετοι περιορισμοί σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο πιθανόν οι οργανισμοί να χρησιμοποιήσουν και να χειριστούν αυτά τα δεδομένα. Δια του παρόντος συγκατατίθεται στην επεξεργασία οποιονδήποτε 'ευαίσθητων' προσωπικών δεδομένων προς υλοποίηση του Σκοπού.

ΤΡΟΠΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - Σημειώστε (X)

Παρακαλώ συμπληρώστε το σημείο (a) ΚΑΙ επιλέξτε ένα από τα (b) ή (c)

Μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση:

a. Με ταχυδρομείο (με επιπλέον λογική χρέωση):

b. Με ταχυδρομείο μέσω του διαμεσολαβητή (με επιπλέον λογική χρέωση)

Εμείς, οι υποφαινόμενοι υπογεγραμμένοι, δια του παρόντος εντύπου βεβαιώνουμε ότι έχουμε ενημερωθεί και κατανοήσει πλήρως ότι (i) όλες οι προαναφερθείσες ανακοινώσεις σχετικά με οποιαδήποτε θέματα προκύπτουν από την παρούσα Σύμβαση κατά την εκτέλεση του Σκοπού θα πραγματοποιηθούν μέσω του αντισυμβαλλομένου/κατόχου της παρούσας Σύμβασης και όχι άμεσα με εμένα και (ii) όλες οι απαραίτητες πληρωμές που ενδέχεται να απαιτηθούν κατά την εκτέλεση του σκοπού θα γίνουν στον αντισυμβαλλόμενο/κάτοχο της παρούσας.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ ο / η
Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω είναι αληθή και ότι δεν απέκρυψα/ παραποιήσα ή παρέλειψα οποιαδήποτε λεπτομέρεια

Υπογραφή Αιτητή/Κατόχου του Ασφαλιστηρίου

Υπογραφή Ενήλικου Εξαρτώμενου

Υπογραφή Ενήλικου Εξαρτώμενου

Υπογραφή Ενήλικου Εξαρτώμενου

Υπογραφή γονέα/νόμιμου κηδεμόνα για ανήλικο/α εξαρτώμενο/α

Υπογραφή Ενήλικου Εξαρτώμενου

Ημερομηνία

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ

Εγώ ο/η

Δηλώνω ότι δεν παρέλειψα να παράσχω στον ενδιαφερόμενο οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία αναφορικά με την ασφαλιστική σύμβαση.

Υπογραφή

Ημερομηνία

Κωδικός Αντιπροσώπου

Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων Trust International Insurance Company (Cyprus) Ltd

Η παρούσα δήλωση προστασίας προσωπικών δεδομένων παρέχει μια σύντομη ενημέρωση των πληροφοριών που συλλέγουμε σχετικά με εσάς, τους σκοπούς για τους οποίους επεξεργαζόμαστε τις πληροφορίες σας και με ποιους μοιραζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα. Περαιτέρω λεπτομέρειες ως προς το πώς επεξεργαζόμαστε και προστατεύουμε τα προσωπικά σας δεδομένα μπορείτε να βρείτε στην ολοκληρωμένη Πολιτική Προστασίας Δεδομένων η οποία είναι διαθέσιμη στη διεύθυνση: <http://www.trustcyprusinsurance.com/gr/index.php/privacy-policy>. Σε περίπτωση που δεν έχετε πρόσβαση στο διαδίκτυο, είμαστε σε θέση να σας παρέχουμε ένα έντυπο αντίγραφο της Πολιτικής Προστασίας Δεδομένων της Εταιρείας μας κατόπιν αιτήματος.

ΠΟΙΟΙ ΕΙΜΑΣΤΕ

Η Trust International Insurance Company (Cyprus) Ltd («Trust Cyprus»),

«εμείς», «εμάς», «μας») είναι μέλος του ομίλου εταιρειών Nest («ο Όμιλος») και είναι εταιρεία περιορισμένης ευθύνης με μετοχές, με αριθμό εγγραφής HE 42182. Για οποιεσδήποτε περαιτέρω πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε μαζί με τον εκπρόσωπο μας (DPO) στο dpo@trustcyprusinsurance.com. Δεσμευόμαστε να προστατεύουμε το απόρρητο και την ασφάλεια των προσωπικών πληροφοριών των υφιστάμενων πελατών μας, των υποψήφιων πελατών μας, των κατόχων ασφαλιστηρίων συμβολαίων, των εξουσιοδοτημένων μερών, των προμηθευτών, των συνεργατών, των τρίτων προσώπων που υποβάλλουν απαίτηση, των τρίτων προσώπων που δεν υποβάλλουν απαίτηση και εγγυητών («υποκείμενα δεδομένων», «εσείς»). Η Trust Cyprus είναι «υπεύθυνος επεξεργασίας». Αυτό σημαίνει ότι είμαστε υπεύθυνοι να αποφασίσουμε πώς διατηρούμε και επεξεργαζόμαστε προσωπικές πληροφορίες σχετικά με εσάς.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΤΗΡΟΥΜΕ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΕΣΑΣ

Με βάση το είδος της ασφαλιστικής σας κάλυψης, θα συλλέξουμε, θα αποθηκεύσουμε, και θα επεξεργαστούμε τις ακόλουθες κατηγορίες προσωπικών πληροφοριών σχετικά με εσάς στα διάφορα τμήματά μας: Βασικά προσωπικά δεδομένα και στοιχεία επικοινωνίας όπως: Όνομα, Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, Ταχυδρομική διεύθυνση, Αριθμός τηλεφώνου, Ηλικία, Οικογενειακή Κατάσταση, Φύλο, Ημερομηνία γέννησης, Επάγγελμα, Αριθμός Εγγραφής Οχήματος, Τηλεφωνικές Καταγραφές, Πληροφορίες Ταυτοποίησης όπως: Αριθμός Πολιτικής Ταυτότητας, Αριθμός διαβατηρίου, Στοιχεία Άδειας Οδήγησης, Φωτογραφίες, Δείγμα Υπογραφής, Πληροφορίες σχετικά με Ασφαλιστήρια όπως: Αναγνωριστικά στοιχεία συμβολαίου και απαιτήσεων, ασφαλισμένα αντικείμενα, προηγούμενες ασφαλιστικές απαιτήσεις, έκθεση εκτίμησης, Χρηματοοικονομικές Πληροφορίες όπως: Αριθμός Τραπεζικού Λογαριασμού και Πιστοποιητικό IBAN, Περιουσιακά Στοιχεία, Έσοδα, Τέλη για Υπηρεσίες, Οικονομικός κύκλος εργασιών, Πληροφορίες Πιστοληπτικής Ικανότητας και Πιστοληπτικό Αποτέλεσμα (Credit Score). Θα διατηρούμε κάποιες ευαίσθητες προσωπικές σας πληροφορίες όπως: Ιατρικές πληροφορίες και Κατάσταση Υγείας: κατάσταση υγείας (σωματική και πνευματική), τρέχοντες και προηγούμενοι τραυματισμοί, αναπηρίες, ιατρική διάγνωση, ιατρική και φαρμακευτική θεραπεία, ανθυγιεινές προσωπικές συνήθειες που μπορεί να σας εκθέσουν σε αυξημένους κινδύνους υγείας (όπως κατανάλωση αλκοόλ ή κάπνισμα) και οποιεσδήποτε άλλες πληροφορίες σχετικά με ιατρικό ιστορικό, Άλλες ευαίσθητες πληροφορίες: Πιστοποιητικό καθαρού ποινικού μητρώου όπου απαιτείται, Εκκρεμούσες ποινικές ή πολιτικές δικαστικές διαδικασίες εναντίον σας, Ιστορικό πτώχευσης, Εκθέσεις αστυνομικών και Κυβερνητικών Αρχών και οποιεσδήποτε άλλες εκθέσεις, όπως εκθέσεις ατυχημάτων.

ΠΩΣ ΘΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΤΟΥΜΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΕΣΑΣ

Θα επεξεργαστούμε τις προσωπικές σας πληροφορίες μόνο εφόσον μας το επιτρέπει η νομοθεσία. Ως επί το πλείστον, θα επεξεργαζόμαστε τις προσωπικές σας πληροφορίες στις ακόλουθες περιπτώσεις: (1) Όταν είναι απαραίτητο προκειμένου να διεκπεραιώσουμε τη σύμβαση που έχουμε συνάψει μαζί σας. (2) Για σκοπούς συμμόρφωσης με μια νομική υποχρέωση (π.χ. για σκοπούς συμμόρφωσης με τις ισχύουσες νομοθεσίες και για σκοπούς συμμόρφωσης με δικαστικές εντολές και αιτήματα από τις Εποπτικές Αρχές) (3) Όπου είναι απαραίτητο για το έννομο συμφέρον μας (ή αυτά τρίτου) και όπου τα συμφέροντά σας και τα θεμελιώδη δικαιώματά σας δεν υπερισχύουν αυτών των εν λόγω συμφερόντων (4) Όπου παρέχετε τη συγκατάθεσή σας (5) Όπου πρέπει να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για να προστατέψουμε τα ζωτικά συμφέροντά σας ή αυτά ενός άλλου ατόμου. Σε περίπτωση που δεν παρέχετε συγκεκριμένες πληροφορίες αφού ζητηθεί από εσάς, ενδέχεται να μην είμαστε σε θέση να εκτελέσουμε τη σύμβαση που έχουμε συνάψει μαζί σας όπως, για παράδειγμα, να μην είμαστε σε θέση να ικανοποιήσουμε την απαίτησή σας ή ενδέχεται να μην μπορούμε να συμμορφωθούμε με τις νομικές μας υποχρεώσεις ή διαφορετικά να μην είμαστε σε θέση να συνάψουμε ή να προβούμε σε οποιαδήποτε συμβατική σχέση μαζί σας.

ΠΩΣ ΣΥΛΛΕΓΟΝΤΑΙ ΟΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΑΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Συλλέγουμε προσωπικά δεδομένα: α) Απευθείας από εσάς (β) Μέσω άλλων πηγών (π.χ. μέσω των προμηθευτών μας όπως για παράδειγμα οι εταιρείες Οδικής Βοήθειας, οι Ασφαλιστικοί Πράκτορες/Μεσίτες Ασφαλίσεων, τρίτες ασφαλιστικές εταιρείες, οίκοι αξιολόγησης πιστοληπτικής ικανότητας & γραφεία πίστωσης (credit bureaus))

ΑΝΤΑΛΛΑΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα σας με τρίτα μέρη, συμπεριλαμβανομένων ανεξάρτητων παροχέων υπηρεσιών και άλλες οντότητες στον Όμιλο. Ενδέχεται να διαβιβάσουμε, να αποθηκεύσουμε και να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα εκτός Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΟΧ). Σε αυτές τις περιπτώσεις, μπορείτε να αναμένετε παρόμοιο βαθμό προστασίας όσον αφορά τα προσωπικά σας δεδομένα μέσω συμβατικών διευθετήσεων για την τήρηση της εμπιστευτικότητας και της προστασίας των δεδομένων, διασφαλίζοντας ότι συμμορφώνονται με τον νόμο περί προστασίας δεδομένων και τον ΓΚΠΔ.

ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Χρησιμοποιούμε αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων σε περιπτώσεις όπου κρίνεται απαραίτητο ούτως ώστε να διεκπεραιώσουμε τη σύμβαση μαζί σας ή με τη ρητή γραπτή συγκατάθεση σας και όπου υπάρχουν απαραίτητα μέτρα που διασφαλίζουν τα δικαιώματά σας. Δεν θα υπόκεισθε σε αποφάσεις που θα έχουν σημαντικό αντίκτυπο σε εσάς με βάση μόνο την αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων, εκτός και αν έχουμε έννομη βάση για κάτι τέτοιο και σας έχουμε ειδοποιήσει.

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Θα διατηρούμε τις προσωπικές σας πληροφορίες για όσο χρονικό διάστημα είναι απαραίτητο για την εκπλήρωση των σκοπών για τους οποίους τις συλλέξαμε, συμπεριλαμβανομένης της εκπλήρωσης οποιονδήποτε νομικών, λογιστικών απαιτήσεων ή απαιτήσεων αναφοράς.

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΑΣ

Υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, με βάση τη νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων, διατηρείτε συγκεκριμένα δικαιώματα συμπεριλαμβανομένου και του δικαιώματος να παραλάβετε αντίγραφο των προσωπικών σας δεδομένων που διατηρούμε καθώς επίσης και το δικαίωμα να υποβάλετε παράπονο σχετικά με θέματα προστασίας δεδομένων ανά πάσα στιγμή στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Με την πιο κάτω επιλογή δηλώνω τη ρητή συγκατάθεση μου για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου και συγκεκριμένα για την επεξεργασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων μου για τους σκοπούς που αναφέρονται παραπάνω και στην ολοκληρωμένη Πολιτική Προστασίας Δεδομένων της Trust.

Συγκατατίθεμαι
Δεν συγκατατίθεμαι

Χρειαζόμαστε την συγκατάθεση σας για να επεξεργαστούμε τα ευαίσθητα προσωπικά σας δεδομένα για σκοπούς εκτέλεσης του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας (συλλογή, επεξεργασία, διαβίβαση). Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή. Σε τέτοια περίπτωση, παρακαλείστε όπως επικοινωνήσετε στη διεύθυνση dro@trustcyprusinsurance.com. Σημειώνεται ότι η επεξεργασία που βασίζεται στη συγκατάθεση που δόθηκε πριν από την απόσυρση θα παραμείνει νόμιμη. Σημειώνεται περαιτέρω ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η επεξεργασία ευαίσθητων προσωπικών σας δεδομένων είναι αναγκαία βάση της ισχύουσας νομοθεσίας και τυχόν απόσυρση της συγκατάθεσης σας θα οδηγήσει αυτόματα και σε τερματισμό του συμβολαίου.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η μη συγκατάθεση σας ή η απόσυρση της συγκατάθεσης σας θα έχει αντίκτυπο σε εμάς όσον αφορά τη συνέχιση της εκτέλεσης ενόζ ασφαλιστηρίου συμβολαίου ή την προώθηση της απαίτησης σας εάν είστε τρίτο πρόσωπο που υποβάλλει απαίτηση.

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΠΡΟΩΘΗΣΗ

Με την παρακάτω επιλογή, συγκατατίθεστε ώστε να επικοινωνεί η Trust Cyprus μαζί σας σχετικά με λεπτομέρειες όσον αφορά τις υπηρεσίες και/ή προϊόντα μας και/ή προσφορές που θεωρούμε ότι ενδέχεται να σας ενδιαφέρουν. Τα κανάλια απευθείας εμπορικής προώθησης μας συμπεριλαμβάνουν: τηλεφωνικές κλήσεις, μηνύματα SMS, μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, διαφημίσεις ή προβολές που ενδέχεται να δείτε στην ιστοσελίδα μας, σε ιστότοπους τρίτων ή σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

Συγκατατίθεμαι
Δεν συγκατατίθεμαι

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι έχω διαβάσει και καταλάβει το περιεχόμενο της παρούσας σύντομης δήλωσης προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Υπογραφή _____

Ημερομηνία _____