

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΟΜΑΔΙΚΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΖΩΗΣ

ΟΝΟΜΑ ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ: Σύνδεσμος Γονέων "The Grammar School" ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: 5000086

ΟΝΟΜΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ: _____

ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____ ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: _____ ΦΥΛΟ: _____

ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: _____ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΥΨΟΣ: _____ ΒΑΡΟΣ: _____ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ: _____

ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ : _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΩΝ

a/a	Όνοματεπώνυμο	Ημερ. Γεννήσεως	Αρ. Ταυτότητας	Υπολειπόμενα Χρόνια Φοίτησης
1.				
2.				
3.				
4.				

ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ**ΝΑΙ ΟΧΙ**

1.	Είστε σε καλή κατάσταση υγείας και απαλλαγμένος από οποιαδήποτε πνευματική, ψυχική ή φυσική ασθένεια;		
2.	Υποφέρατε στο παρελθόν ή υποφέρετε τώρα από:		
α)	ασθένεια κυκλοφοριακού συστήματος (π.χ. καρδιοπάθεια, πόνους στο στήθος, ρευματικούς πυρετούς, αυξημένη πίεση αίματος, οποιαδήποτε βλάβη αρτηριών και φλεβών);		
β)	ασθένεια αναπνευστικού συστήματος (π.χ. φυματίωση, άσθμα, συνεχή βήχα, πνευμονία);		
γ)	ασθένεια ουροποιητικού συστήματος (π.χ. μόλυνση νεφρών, ουρηθικών ή γενετικών οργάνων, πέτρες στους νεφρούς, αφροδίσια νοσήματα);		
δ)	ασθένεια γαστροεντερικού συστήματος (π.χ. προβλήματα χώνευσης, γαστρικά προβλήματα ή έλκος δωδεκαδάκτυλου, ηπατίτιδα Β, ή άλλες ανωμαλίες στο συκώτι ή την χολή);		
ε)	ασθένειες νευρικού συστήματος ή πνευματικές, ψυχικές ανωμαλίες (π.χ. επιληψία, κρίσεις ή λιποθυμίες, τακτικούς πονοκεφάλους, νευρικές καταπτώσεις);		
στ)	διαβήτη, καρκίνο, ή οποιαδήποτε ασθένεια αίματος, αδένων, σπλήνας, αυτιών, ματιών ή δέρματος;		
ζ)	ανεξήγητος ιδρώτας κατά τον ύπνο και/ή απώλεια βάρους, συνεχής πυρετός, χρόνια ή επαναλαμβανόμενη διάρροια, ανεξήγητες μολύνσεις ή φουσκώματα αδένων;		
η)	οποιαδήποτε άλλη ασθένεια ή πάθηση που δεν αναφέρεται πιο πάνω;		
3.α)	Έχετε νοσηλευθεί ή έχετε συμβουλευθεί να νοσηλευθείτε σε νοσοκομείο ή κλινική;		
β)	Έχετε κάνει ή έχετε συμβουλευθεί να κάνετε οποιαδήποτε εγχείρηση;		
4.	Σας είχε ζητηθεί ποτέ ή έχετε κάνει ανάλυση αίματος για Aids ή οτιδήποτε σχετικό με το Aids ή σας έχουν αρνηθεί ποτέ να δώσετε αίμα;		
5.	Έχετε συμβουλευθεί Ιατρό για οποιοδήποτε λόγο, συμπεριλαμβανομένων και των εξετάσεων ρουτίνας και αναλύσεων αίματος;		
6.	Έχετε γίνει δέκτης αίματος τα τελευταία 5 χρόνια;		
7.	Έχετε ποτέ αποζημιωθεί ή αποζημιώνεστε τώρα σε σχέση με οποιοδήποτε ωφέλημα ανικανότητας;		
8.	Έχει απορριφθεί ή αναβληθεί ποτέ αίτηση σας για ασφάλεια ζωής ή ανικανότητας ή είχε γίνει δεκτή με κάποιους ειδικούς όρους ή επασφάλιστρο;		

Σε περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση 1 είναι "ΟΧΙ" ή/και σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις 2 - 8 είναι "ΝΑΙ", παρακαλώ δώστε περισσότερες πληροφορίες (συμπεριλαμβανομένων ημερομηνίες, διάρκεια και θεραπεία, ονόματα και διευθύνσεις θεραπόντων Ιατρών), στις "ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ" στη σελίδα 2.

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ**ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ**

Όλα τα στοιχεία που είναι ουσιαστικά για την αξιολόγηση της Δήλωσης αυτής πρέπει να αποκαλυφθούν στην Εταιρεία. Οποιαδήποτε μη αποκάλυψη δυνατό να δώσει αιτία για άρνηση πληρωμής απαιτήσεως. Ουσιαστικό γεγονός είναι εκείνο που η Εταιρεία θεωρεί σαν πιθανό να επηρεάσει την εκτίμηση και αποδοχή μιας Αίτησης. Για οποιοδήποτε γεγονός είσαστε σε αμφιβολία κατά πόσο είναι ουσιαστικό, πρέπει να δηλωθεί. Μπορείτε εάν επιθυμείτε να πάρετε φωτοτυπία της Δήλωσης αυτής.

Ο ΠΕΡΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ) ΝΟΜΟΣ (138(Ι)/2001)

Με βάση τις πρόνοιες του πιο πάνω Νόμου, η Τράπεζα Κύπρου Λτδ, σαν "Υπεύθυνος Επεξεργασίας", ενημερώνει το Υποκείμενο των Δεδομένων ότι για τη σύναψη και την εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης είναι απαραίτητη η επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μερικά από τα οποία θεωρούνται Ευαίσθητα Δεδομένα.

Τα δεδομένα θα καταχωρούνται, σε φυσική ή ηλεκτρονική μορφή, σε ένα ή περισσότερα διασυνδεδεμένα μεταξύ τους αρχεία, τα οποία θα τηρούνται από την EuroLife Ltd ή άλλη εταιρεία του Συγκροτήματος της Τράπεζας Κύπρου ή άλλη συμβεβλημένη / συνεργαζόμενη εταιρεία.

Πέραν του βασικού σκοπού επεξεργασίας που είναι η Εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης, τα δεδομένα θα υπόκεινται σε επεξεργασία με σκοπό την Προώθηση Προϊόντων και Υπηρεσιών ή / και την Έρευνα και Στατιστική Ανάλυση.

Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού της EuroLife Ltd ή του Συγκροτήματος της Τράπεζας Κύπρου ή των συμβεβλημένων/συνεργαζομένων εταιρειών ή προσώπου, τα οποία τελούν υπό τον έλεγχο του Εκτελούντος την Επεξεργασία και τηρούν την αρχή του απορρήτου. Επίσης, αποδέκτες μπορεί να είναι και οι ιατροί, οι οποίοι έχουν εξετάσει ή θα εξετάσουν το Υποκείμενο των Δεδομένων, καθώς και το αρμόδιο προσωπικό των Κλινικών τους.

Το Υποκείμενο των Δεδομένων έχει τα δικαιώματα Ενημέρωσης, Πρόσβασης, Διόρθωσης και Αντίρρησης για επεξεργασία των προσωπικών του δεδομένων. Ειδικότερα για την επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων, απαιτείται η ρητή συγκατάθεση του Υποκειμένου των Δεδομένων.

Σε περίπτωση ολικής άρνησης στην παροχή συγκατάθεσης ή αντίρρησης για επεξεργασία, η EuroLife Ltd θα δικαιούται να μην αποδεχθεί την Αίτηση για Ασφάλιση ή να τερματίσει την Ασφαλιστική Σύμβαση ή να απορρίψει την Απαίτηση Αποζημίωσης.

ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΤΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για τις πρόνοιες του Νόμου και με την υπογραφή της Δήλωσης αυτής παρέχω τη Ρητή Συγκατάθεση μου για συλλογή και επεξεργασία των Προσωπικών μου Δεδομένων, ευαίσθητων ή μη.

Επίσης δηλώνω την συγκατάθεση μου στην επεξεργασία των Προσωπικών μου Δεδομένων από τις Εταιρείες του Συγκροτήματος της Τράπεζας Κύπρου, για σκοπούς Προώθησης Πώλησης Προϊόντων ή Παροχής Υπηρεσιών εξ αποστάσεως. ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπογραφή του Υποκειμένου των δεδομένων: _____

Όνομα του Υποκειμένου των δεδομένων: _____

ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι, εξ' όσων γνωρίζω και πιστεύω, όλες οι πιο πάνω δηλώσεις και απαντήσεις είναι πλήρεις και αληθινές. Εξουσιοδοτώ την **"EUROLIFE LTD"** να ζητήσει από οποιονδήποτε Ιατρό με έχει εξετάσει ή γνωρίζει ή κατέχει στοιχεία σχετικά με το άτομο μου, ιατρικές πληροφορίες που αφορούν την φυσική ή την πνευματική μου υγεία. Επίσης εξουσιοδοτώ την EuroLife Ltd να ζητήσει πληροφορίες από οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία προς την οποία έχει υποβληθεί αίτηση για ασφάλεια επί της ζωής μου και εξουσιοδοτώ την παροχή των πιο πάνω πληροφοριών. Η φωτοτυπία αυτής της Εξουσιοδότησης θα ισχύσει σαν να είναι πρωτότυπο.

Υπογραφή Προτεινόμενου για Ασφάλιση: _____

Όνομα Προτεινόμενου για Ασφάλιση: _____

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιδιοκτήτη: _____

Τόπος και Ημερομηνία: _____