

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτή την πρόταση με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα. Δεν επιτρέπονται διορθώσεις ή σβησίματα χωρίς μονογραφή του Συμβαλλόμενου ή του Προτείνοντα.

Στοιχεία Συμβαλλομένου

Όνομα		Επώνυμο		
Φύλο	Αριθ. Ταυτότητας	Ημερ. Γέννησης	Τόπος Γέννησης	Χώρα Μόνιμης Κατοικίας
Ιθαγένεια	Όνοματεπώνυμο και τηλέφωνο ιατρού/ειδικού		Ύψος	Βάρος
Επάγγελμα	Εργοδότης	Φύση Εργασίας		

Διεύθυνση Αλληλογραφίας	Αριθμός	Δήμος/Πόλη	T.K.
-------------------------	---------	------------	------

E-mail

Τηλέφωνο Οικίας	Τηλέφωνο Εργασίας	Κινητό	Φαξ
-----------------	-------------------	--------	-----

Τρόπος Πληρωμής

Οικογενειακή Κατάσταση

<input type="checkbox"/> Ετήσιος <input type="checkbox"/> Εξάμηνος <input type="checkbox"/> Τρίμηνος	<input type="checkbox"/> Έγγαμος <input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος <input type="checkbox"/> Χήρος Υπάρχει άλλο εξαρτώμενο μέλος της οικογένειάς σας για το οποίο δεν ζητείται κάλυψη; Αν ναι, εξηγήστε τους λόγους: _____ _____
--	--

Ημερομηνία Έναρξης Ασφάλισης

Ημερομηνία Λήξης Ασφάλισης

Υπογραφή Συμβαλλομένου
(Καθώς και σφραγίδα εταιρείας σε περίπτωση νομικού προσώπου)

Ημερομηνία

Στοιχεία Προτείνοντα

Όνομα		Επώνυμο		
Φύλο	Αρ. Ταυτότητας	Ημερ. Γέννησης	Τόπος Γέννησης	Χώρας Μόνιμης Κατοικίας
Ιθαγένεια	Όνοματεπώνυμο και τηλέφωνο ιατρού/ειδικού		Ύψος	Βάρος
Επάγγελμα	Εργοδότης	Φύση Εργασίας		

Σημείωση

Οι παρακάτω ερωτήσεις πρέπει να απαντηθούν με **ΝΑΙ** ή **ΟΧΙ** από όλα τα Προτεινόμενα Πρόσωπα και για λογαριασμό κάθε Εξαρτωμένου μέλους (εάν η απάντηση είναι **ΝΑΙ** παρακαλώ εξηγήστε με λεπτομέρειες στο τέλος του ερωτηματολογίου)

A. Προηγούμενες Ασφαλιστικές Καλύψεις

- Έχετε κάνει ποτέ αίτηση για ασφάλεια ζωής, ατυχημάτων ή υγείας στην εταιρεία μας ή σε οποιαδήποτε άλλη εταιρεία και η οποία παραμένει σε εκκρεμότητα;
- Έχετε κάνει ποτέ αίτηση για ασφάλεια ζωής, ατυχημάτων ή υγείας η οποία έχει απορριφθεί ή έχει γίνει αποδεκτή υπό ειδικούς όρους;
- Έχει ακυρωθεί ή δεν έχει ανανεωθεί κάποιο συμβόλαιο ζωής, ατυχημάτων ή υγείας από κάποια ασφαλιστική εταιρεία;
- Είστε τώρα ασφαλισμένος με κάποιο άλλο συμβόλαιο υγείας; (Αν ΝΑΙ, αναφέρετε εταιρεία, σχέδιο κλπ.)

B. Επικίνδυνες Δραστηριότητες

- Έχετε ασχοληθεί ποτέ ή σκοπεύετε να ασχοληθείτε με κάποιο επικίνδυνο σπορ ή ενασχόληση;
 - Οδήγηση αεροπλάνου
 - Καταδύσεις που απαιτούν χρήση τεχνικών συσκευών
 - Αγώνες ταχύτητας αυτοκινήτων
 - Οδήγηση μοτοσικλέτας
 - Πτώση με αλεξιπτωτο
 - Αναρρίχηση με χρήση σχοινιών
 - Άλλα αεραθλήματα
 - Άλλα
- Αν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στην ερώτηση B1 δηλώστε εάν η ενασχόληση σας ή σπορ είναι επαγγελματική

Γ. Κατάσταση Υγείας και Οικογενειακό Ιατρικό Ιστορικό

Από όσο γνωρίζετε

1. Έχετε ποτέ διαγνωσθεί ή έχετε λάβει κάποια θεραπεία συμπεριλαμβανομένης φαρμακευτικής αγωγής, νοσηλείας ή χειρουργείου;
2. Έχει ποτέ διαγνωσθεί ή έχετε λάβει κάποια θεραπεία συμπεριλαμβανομένης φαρμακευτικής αγωγής, νοσηλείας ή χειρουργείου ή έχετε αισθανθεί κάποιο πόνο, ανωμαλία ή συμπτώματα που πιθανόν να έχουν σχέση με:
 - 2.1 Καρδιαγγειακό σύστημα (παθήσεις της καρδιάς ή των αγγείων, ψηλή αρτηριακή πίεση)
 - 2.2 Όγκους ή Καρκίνο
 - 2.3 Διαβήτη (με ή χωρίς εξάρτηση χορήγησης ινσουλίνης)
 - 2.4 Παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, διανοητικές ή ψυχικές διαταραχές (π.χ. επιληψία, παράλυση, ιλίγγους, απώλεια αισθήσεων, κατάθλιψη)
 - 2.5 Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
 - 2.6 Εξάρτηση από φάρμακα ή άλλες ουσίες
 - 2.7 Μολυσματική ή μεταδοτική ασθένεια (π.χ. AIDS)
 - 2.8 Ουρογεννητικό σύστημα (π.χ. παθήσεις των νεφρών, γεννητικών οργάνων, προστάτη, στένωση ή πέτρες, κύστες)
 - 2.9 Γαστρεντερικό σύστημα (π.χ. παθήσεις του οισοφάγου, στομάχου, εντέρου, συκωτιού, παγκρέατος)
 - 2.10 Μυοσκελετικό σύστημα (π.χ. παθήσεις σπονδυλικής στήλης, αρθρώσεων, μυών, οστών, προεξέχοντα οστά, παραμορφωμένα δάκτυλα)
 - 2.11 Παθήσεις ΩΡΛ (π.χ. ρινικό διάφραγμα, αμυγδαλές, υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων, κογχών, παθήσεις αυτιών και ιγμορείων)
 - 2.12 Παθήσεις αναπνευστικού (π.χ. άσθμα, βρογχίτιδα, εμφύσημα)
 - 2.13 Ενδοκρινολογικές Παθήσεις (π.χ. θυρεοειδής, λεμφαδένες, ωοθήκες, υπόφυση)
 - 2.14 Καλοήγη Νεοπλάσματα (π.χ. λιπώματα)
 - 2.15 Κύστη κόκκυγος, αιμορροΐδες, κήλη, περιεδρικό συρίγγιο, κισσοί, φλεβίτιδα
 - 2.16 Παθήσεις των ματιών (π.χ. καταρράκτης, παθήσεις του αμφιβληστροειδή)
 - 2.17 Άλλες παθήσεις (π.χ. αλλεργίες, αυτοάνοσα νοσήματα, παθήσεις αίματος και δέρματος)
 - 2.18 Εκ γενετής παθήσεις ή παραμορφώσεις
 - 2.19 Υπερλιπιδαιμία (ψηλή χοληστερίνη ή/και τριγλυκερίδια)
 - 2.20 ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ. Είσατε έγκυος; Είχατε ποτέ ανωμαλίες περιόδου ή οποιασδήποτε φύσεως γυναικολογικές παθήσεις
 - 2.21 ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΤΡΕΣ. Έχετε πάρει αναβολή κατάταξης στην Εθνική Φρουρά ή απαλλαγή ή απολυτήριο για ιατρικούς λόγους;
3. Είχατε οποιαδήποτε συμπτώματα τα τελευταία δέκα (10) χρόνια για τα οποία δεν επισκεφτήκατε ιατρό;

4. Είχε κάποιο μέλος της οικογένειας σας:

- 4.1 Καρδιολογικό πρόβλημα
- 4.2 Αρτηριακή πίεση
- 4.3 Διαβήτη
- 4.4 Εκ γενετής πάθηση ή παραμόρφωση
- 4.5 Καρκίνο
- 4.6 Νευρολογικές ή ψυχικές ασθένειες
- 4.7 Παθήσεις νεφρών
- 4.8 Αιμορροφιλία
- 4.9 Μυϊκή δυστροφία

Δ. Τρόπος Διαβίωσης

- 1. Καπνίζετε; Αν ΝΑΙ προσδιορίστε ποσότητα
- 2. Πίνετε αλκοόλ; Αν ΝΑΙ προσδιορίστε ποσότητα
- 3. Εργάζεστε περισσότερο από 40 ώρες εβδομαδιαίως;
- 4. Κοιμάστε λιγότερο από 8 ώρες ημερησίως;
- 5. Ταξιδεύετε περισσότερο από 6 φορές το χρόνο;

Αν η απάντηση σε οποιαδήποτε από τα παραπάνω ερωτήματα είναι **ΝΑΙ**, παρακαλούμε δώστε πλήρεις λεπτομέρειες. Αναφέρατε όνομα παθόντος, φύση ασθένειας ή τραυματισμού. Αναφέρατε ονόματα και διευθύνσεις θεραπόντων ιατρών, νοσοκομείων, κλπ.

Ο Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμος 138(Ι) του 2001

Με βάση τις πρόνοιες του πιο πάνω Νόμου, η Ασφαλιστική Εταιρεία **Atlantic Insurance Company Public Ltd**, ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας κατά την έννοια του Νόμου, ενημερώνει τον Προτείνοντα ότι για τη σύναψη και εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης είναι απαραίτητη η συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, μερικά από τα οποία θεωρούνται ευαίσθητα δεδομένα. Τα δεδομένα θα καταχωρούνται σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, σ' ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του Νόμου, τα οποία θα τηρούνται από την **Atlantic Insurance Company Public Ltd** ή από άλλη συμβεβλημένη/συνεργαζόμενη εταιρεία ή πρόσωπο. Πέραν του βασικού σκοπού επεξεργασίας που είναι η έκδοση και η διαχείριση της Ασφαλιστικής Σύμβασης, τα δεδομένα θα υπόκεινται σε επεξεργασία με σκοπό την έρευνα και στατιστική ανάλυση, την προώθηση νέων προϊόντων της Εταιρείας καθώς και τη διατήρηση ψηλού επιπέδου εξυπηρέτησης. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού της Εταιρείας καθώς και αυτά των συμβεβλημένων/συνεργαζόμενων εταιρειών ή προσώπων. Η επεξεργασία δεδομένων είναι απόρρητη και θα διεξάγεται μόνο από πρόσωπα που τελούν υπό τον έλεγχο του Υπεύθυνου Επεξεργασίας. Ο Προτείνων έχει το δικαίωμα πρόσβασης και διόρθωσης των προσωπικών δεδομένων που τον αφορούν καθώς και το δικαίωμα αντίρρησης για επεξεργασία των δεδομένων αυτών. Τα δικαιώματα πρόσβασης και αντίρρησης ασκούνται με την υποβολή αίτησης στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας και την καταβολή χρηματικού ποσού που καθορίζεται από τους Κανονισμούς που εκδίδονται δυνάμει του Νόμου αυτού. Σε περίπτωση άρνησης στην παροχή συγκατάθεσης ή αντίρρησης για επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων, η Εταιρεία θα δικαιούται να μην αποδεχθεί την Πρόταση για Ασφάλιση ή να τερματίσει την Ασφαλιστική Σύμβαση ή να απορρίψει οποιαδήποτε Απαίτηση για αποζημίωση.

Δήλωση Αναγνώρισης Ενημέρωσης και Παροχή Ρητής Συγκατάθεσης

Όλα όσα περιέχονται στο παρόν έγγραφο αποτελούν τις πληροφορίες και τα στοιχεία που η Εταιρεία ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας έχει υποχρέωση σύμφωνα με το Νόμο να μου παράσχει και η υπογραφή της Πρότασης αυτής αποτελεί αναγνώριση και δήλωση από μέρους μου ότι η Εταιρεία με έχει ενημερώσει για τις πρόνοιες του Νόμου αυτού. Περαιτέρω με την υπογραφή της Πρότασης αυτής παρέχω τη ρητή συγκατάθεση μου προς την Ασφαλιστική Εταιρεία **Atlantic Insurance Company Public Ltd** για τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, ευαίσθητων ή μη, και την τήρηση αυτών σ' ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του Νόμου.

Υπεύθυνη Δήλωση

Αφού διάβασα με προσοχή τις δηλώσεις μου, βεβαιώνω υπεύθυνα ότι αυτές είναι αληθινές πλήρεις και ακριβείς. Αποδέχομαι και γνωρίζω ότι η πρόταση μου αυτή μαζί με την Ιατρική Εξέταση, αν μου ζητηθεί, θα είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα και θα αποτελέσει τη βάση αλλά και αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου που τυχόν θα εκδοθεί για την προσωπική μου ασφάλιση και την ασφάλιση των προτεινομένων μελών από την **Atlantic Insurance Company Public Ltd**.

Εξουσιοδότηση

Με την παρούσα ή φωτοαντίγραφο της εξουσιοδοτώ κάθε Νοσηλευτικό ίδρυμα ή κάθε γιατρό ή άλλο επαγγελματία που παρέσχε ιατρικές ή άλλες υπηρεσίες σε μένα ή σε κάποιο από τα προτεινόμενα για ασφάλιση μέλη της οικογένειάς μου να δώσει στην **Atlantic Insurance Company Public Ltd** ή σε άλλη εξουσιοδοτημένη εταιρεία κάθε πληροφορία που θα ζητήσει σε σχέση με το άτομο μου ή/και των εξαρτωμένων μου. Πληροφορίες εξουσιοδοτώ όπως ζητηθούν από οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία προς την οποία έχει υποβληθεί πρόταση για ασφάλιση ή/και απαίτηση αποζημίωσης.

Υπογραφή Προτείνοντα

Ημερομηνία

