

Αρ. Ασφαλιστηρίου/Policy Number:

DI

Στοιχεία Προτείνοντος / Proposers Details:

Όνομα Ασφαλισμένου / Insured's Full Name

Εμπορική Επωνυμία και Αρ. Εγγραφής / Trading Name and Number (Αν διαφέρει από την πιο πάνω / If different from above)

Αρ. Μητρώου / Reg. No. ΑΔΤ / Identity Card No. Κωδικός ΓΕΣΥ/ GHS Code

Ταχυδρομική Διεύθυνση / Postal Address

Ταχυδρομικός Κώδικας / Postal Code

Διεύθυνση Εργασίας / Practice or Trading Address

Ταχυδρομικός Κώδικας / Postal Code

Τηλ. / Tel. Φαξ / Fax. Email

Περίοδος Ασφάλισης / Period of Insurance:

Ημερ. Ενάρξεως / Inception Date / / 20..... Ημερ. Λήξης / Expiry Date / / 20.....

Γενικές Πληροφορίες / General Information:

1. Δηλώστε την ειδικότητά σας. Αν είστε χειρουργός παρακαλώ δώστε πλήρεις λεπτομέρειες για το είδος των χειρουργικών επεμβάσεων που διενεργείτε (π.χ. καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις αλλαγής φύλου, εκλεκτικές αισθητικές επεμβάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις μεταμόσχευσης οργάνων, μικροχειρουργικές επεμβάσεις κλπ.) / State your specialization. If you are a Surgeon please give full details of the type of surgery performed (e.g. cardiac surgeries, gender reassignment surgeries, elective cosmetic surgeries, organ transplant surgeries, minor surgery etc.)

2. Απολαμβάνετε πλήρη κάλυψη ευθύνης από τους διευθυντές σας; / Do you receive a full indemnity from you principals?
 Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες / If yes, give details.

Ναι/Yes Όχι/No

3. Δηλώστε το Ετήσιο Ακαθάριστο Εισόδημά σας εξαιρουμένων των εσόδων από πωλήσεις αγαθών. Σε περίπτωση νέας επιχείρησης δηλώστε το εκτιμώμενο Ακαθάριστο Εισόδημά των επόμενων 12 μηνών. / State your Annual Gross Income excluding income from the sales of goods. In case of new business state the estimated Gross Income for the forthcoming 12 months. €.....

4. Δηλώστε κατά προσέγγιση το ποσοστό των εργασιών σας στις πιο κάτω κατηγορίες και δηλώστε κατά πόσο είστε εργοδοτούμενος ή αυτοεργοδοτούμενος. / State the approximate percentage breakdown of your work between the following categories and state whether you are employed or self employed.

| | Εργοδοτούμενος Employed | Αυτοεργοδοτούμενος Self - employed |
|---|----------------------------|---------------------------------------|
| 1. Ιδιωτική Ασχολία Ασφαλισμένου / The Proposer's Private Practice |% |% |
| 2. Δημόσια Νοσοκομεία ή Κλινικές / Public Hospitals or Homes |% |% |
| 3. Ιδιωτικά Χειρουργικά Νοσοκομεία ή Κλινικές / Private Surgical Hospitals or Homes |% |% |
| 4. Ιδιωτικές Μη - Χειρουργικές Κλινικές / Private Non - Surgical Homes |% |% |
| 5. Κλινικές Ασθενών / Patients' Homes |% |% |
| 6. Άλλες (Παρ. δηλώστε) / Others (Please specify) |% |% |
| Σύνολο / Total | <u>100 %</u> | <u>100 %</u> |

5. Έχει ο Προτείνων ή μέλος του προσωπικού του που ασχολείται με την περίθαλψη των ασθενών καταδικαστεί ή εκδιωχθεί για οποιοδήποτε εγκληματικό παράπτωμα (εκτός τροχαίων μικροπαραβάσεων), επαγγελματικό πειθαρχικό συμβάν ή ανάκριση; / Has the Proposer or any member of his staff involved in the treatment or care of patients been the subject of or convicted of any criminal offence (other than minor traffic offences), professional disciplinary proceedings or inquiries?
 Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες / If yes, give details.

Ναι/Yes Όχι/No

6. Παρακαλώ δηλώστε τον αριθμό της άδειάς σας στον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο / Please state your license number to the Pancyprian Medical Association

| Αρ. Εγγραφής / Reg. No | Ημερ. Εγγρ. / Reg. Date | Τύπος Εγγρ. / Reg. Type | Ημερ. πρώτης εγγραφής Date of first registration |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|---|
| | | | |

Δώστε λεπτομέρειες σχετικά με περιστατικά που έχετε δηλώσει πιο πάνω, μαζί με πληροφορίες σχετικά με τη φύση των κατηγοριών καθώς και στοιχεία του παραπονούμενου. Δηλώστε επίσης κατά πόσο τα πιο πάνω περιστατικά έχουν γνωστοποιηθεί μαζί με όλες τις σχετικές πληροφορίες στην προηγούμενη Ασφαλιστική σας Εταιρεία και εάν η Ασφαλιστική Εταιρεία τα έχει αποδεχθεί. / Please provide details of any incidents you have reported above, along with information on the nature of the charges and details of the complainant. Please also state whether the above incidents along with the relevant information have been notified to your previous Insurance Company and whether the Insurance Company has accepted them.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 ΑΤΛΑΝΤΙΚ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΤΔ 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 ΑΤΛΑΝΤΙΚ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΤΔ.

I/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. I/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 be withheld which might increase the risk of ATLANTIC INSURANCE CO. PUBLIC LTD or influence the acceptance of this proposal and should the above particulars altered in any way I/we will advise ATLANTIC INSURANCE CO. PUBLIC 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 ATLANTIC INSURANCE CO. PUBLIC 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.

Όνομα Προτείνοντα / Proposer's Name

.....
Υπογραφή Προτείνοντα / Signature of Proposer

.....
Υπογραφή Συνεργάτη / Agent's Signature

..... / / 20.....
Ημερομηνία / Date

Προσωπικά Δεδομένα:

Ρητή συγκατάθεση και Δήλωση αναγνώρισης και/ ή ενημέρωσης από πρόσωπα σχετικά με τη συλλογή και επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, βάσει του νομικού πλαισίου προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Εγώ ο/η υπογράφων/ουσα το παρόν έντυπο, δηλώνω ότι έχω αντιληφθεί πλήρως τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις μου και συμφωνώ με την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, ως αυτά περιγράφονται πιο κάτω και στη «Δήλωση Προστασίας Δεδομένων» ("Privacy Policy") που είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα <http://www.atlantic.com.cy>.

Η ATLANTIC INSURANCE CO PUBLIC LTD εκ Εσπερίδων 15, 2001 Στρόβολος, Λευκωσία, που στο εξής θα αναφέρεται ως ATLANTIC, ενεργεί υπό την ιδιότητα της ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας για τους σκοπούς του νομικού πλαισίου προστασίας προσωπικών δεδομένων και ιδιαίτερα του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων, εφεξής «ΓΚΠΔ») και του Περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμος (125(I)/2018).

Αντιλαμβάνομαι ότι η ATLANTIC θα συλλέγει, αποθηκεύει, φυλάει, χρησιμοποιεί και διαθέτει Προσωπικά Δεδομένα κυρίως για σκοπούς σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, αξιολόγησης της απαίτησης, είσπραξης του ασφαλιστρού, έρευνας και στατιστικής μελέτης και για την διατήρηση ψηλού επιπέδου εξυπηρέτησης μου, και γενικότερα για την ενάσκηση των προ-συμβατικών και συμβατικών δικαιωμάτων και υποχρεώσεων της, καθώς και για συμμόρφωση με τις νόμιμες υποχρεώσεις της. Επίσης αντιλαμβάνομαι πως η συλλογή των προσωπικών δεδομένων που ζητούνται κατά τη συμπλήρωση της παρούσας πρότασης και/ή σύναψης της σχετικής ασφαλιστικής σύμβασης είναι απαραίτητη ώστε η ATLANTIC να είναι σε θέση να αξιολογήσει την υπ' αναφορά πρόταση και/ή για σκοπούς σύναψης της σύμβασης και συμμόρφωσης με τις νόμιμες υποχρεώσεις της.

Όπως έχω ρητά ενημερωθεί από την ATLANTIC τα δεδομένα τα οποία δίδω με την παρούσα πρόταση καθώς επίσης και αυτά που ήδη έχω δώσει με παλαιότερη πρόταση (νοούμενου ότι αυτά δεν έχουν διαγραφεί/καταστραφεί ανάλογα με την εφαρμοστέα περίοδο διατήρησής τους) καταχωρούνται σε ηλεκτρονική και χειρόγραφη μορφή, σε ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, τα οποία τηρούνται από την ATLANTIC ή από άλλη συμβεβλημένη/συνεργαζόμενη εταιρεία ή πρόσωπο ή αρχή.

Αποδέχτες και διαχειριστές των προσωπικών και ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων μου θα είναι οι υπάλληλοι και/ή αντιπρόσωποι και/ή συνεργάτες της ATLANTIC καθώς και οι συμβεβλημένες/ συνεργαζόμενες εταιρείες ή πρόσωπα (όπως εταιρείες φροντίδας ατυχημάτων και οδικής βοήθειας, η εταιρεία φύλαξης και αποθήκευσης αρχείων, η εταιρεία αξιολόγησης πιστοληπτικής ικανότητας ή είσπραξης χρεών, οι εξωτερικοί νομικοί σύμβουλοι της ATLANTIC, οι εξωτερικοί ελεγκτές, οι συνεργάτες γιατροί και οι σύμβουλοι και/ ή πάροχοι υπηρεσιών), καθώς και αρμόδιες δημόσιες αρχές και/ή εποπτικά σώματα και/ή δικαστήρια. Στο βαθμό που η ATLANTIC ενεργεί ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας, η επεξεργασία των δεδομένων είναι απόρρητη και θα διεξάγεται μόνο υπό τον έλεγχο της ATLANTIC.

Επιπλέον γνωρίζω ότι η Atlantic συλλέγει ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα όπου και στο βαθμό που αυτό είναι απαραίτητο για τη σύναψη και εκτέλεσης της σύμβασης στη βάση της συγκατάθεσης μου ή για σκοπούς θεμελίωσης, άσκησης ή υποστήριξης νομικών αξιώσεων και αυτά είναι δεδομένα υγείας σε περίπτωση ασφαλιστηρίου συμβολαίου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, μηχανοκινήτων οχημάτων και προσωπικών ατυχημάτων.

Γνωρίζω ότι η ATLANTIC αποθηκεύει και διατηρεί τα προσωπικά μου δεδομένα (συμπεριλαμβανομένων των ευαίσθητων προσωπικών μου δεδομένων) μόνο για όσο διάστημα είναι απαραίτητο για την εκπλήρωση του σκοπού της επεξεργασίας τους, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως την έκταση, τη φύση και το βαθμό ευαισθησίας των δεδομένων, τους συγκεκριμένους σκοπούς της επεξεργασίας, το κατά πόσο αυτοί οι σκοποί μπορούν να επιτευχθούν με άλλα μέσα, καθώς και τις ισχύουσες νομικές και κανονιστικές υποχρεώσεις της ATLANTIC. Η ATLANTIC μετά τη λήξη της μεταξύ μας συμβατικής σχέσης διατηρεί το δικαίωμα να κατέχει και/ ή να επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα για την περίοδο που κρίνονται αναγκαία σύμφωνα με τις νομικές της υποχρεώσεις. Μετά το πέρας της περιόδου αυτής όλα τα δεδομένα του υποκειμένου θα ανωνυμοποιούνται.

Επίσης έχω πληροφορηθεί, ότι μετά τη λήξη της μεταξύ μας συμβατικής σχέσης, δικαιούμαι να προβώ σε διόρθωση των Προσωπικών και Ευαίσθητων Προσωπικών μου δεδομένων, ακόμα και να ζητήσω την πλήρη διαγραφή όλων των δεδομένων που κατέχει η ATLANTIC, οποτεδήποτε το επιθυμώ.

Τέλος μου έχει επίσης εξηγηθεί πως όλα τα πιο πάνω δικαιώματα ασκούνται από εμένα προσωπικά με την υποβολή γραπτής απαίτησης προς την ATLANTIC (υπόψη του Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων της), πως ορισμένα από τα πιο πάνω δικαιώματα δεν είναι απόλυτα και πως η ATLANTIC έχει το δικαίωμα να ζητήσει περισσότερες πληροφορίες για την εξέταση μιας τέτοιας απαίτησης και/ή να μην ικανοποιήσει μια τέτοια απαίτηση εν όλω ή εν μέρει και/ή με ορισμένες προϋποθέσεις, σύμφωνα με τον ΓΚΠΔ.

Έχω επίσης ενημερωθεί ότι η ATLANTIC έχει διορίσει Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, τα στοιχεία του οποίου θα βρίσκονται αναρτημένα στην ιστοσελίδα της εταιρείας στη διεύθυνση www.atlantic.com.cy, για σκοπούς δε της παρούσας το τηλέφωνο επικοινωνίας του Υπεύθυνου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων είναι το 22886000 και το email dpo@atlantic.com.cy.

Τέλος, δηλώνω και διαβεβαιώνω πως τυχόν προσωπικά δεδομένα άλλων ατόμων που δίνω για τους σκοπούς της παρούσας πρότασης δίνονται με την προηγούμενη συγκατάθεση αυτών των ατόμων και αναλαμβάνω να τους ενημερώσω σχετικά, παρέχοντας τους όλες τις πιο πάνω πληροφορίες.

.....
Όνοματεπώνυμο και Αρ. Δελτίου Ταυτότητας

.....
Υπογραφή

..... / / 20.....
Ημερομηνία / Date