Μόνο για εσωτερική χρήση/For Internal Use Only

Policy No.	Client Code	Account	Payment Term

Head Office
15 Esperidon Street, 2001 Strovolos
P.O. Box 24579, 1301 Nicosia, Cyprus
Tel: 22 886 000, Fax: 22 886 111
email: atlantic@atlantic.com.cy
website: www.atlantic.com.cy

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΓΙΑ ΜΗ ΠΟΛΙΤΕΣ ΤΗΣ ΕΕ
HEALTH INSURANCE PROPOSAL FORM FOR NON – EU CITIZENS

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / INSURED'S DETAILS

Ονοματεπώνυμο
Full name

Αρ. Ταυτότητας/ Αρ. Διαβατηρίου
Id. No./ Passport No.

Επάγγελμα
Occupation

Ημερ. Γέννησης ..... /..... /.....
Date of Birth

Φύλο
Gender

Ύψος
Height

Βάρος
Weight

Διεύθυνση Κατοικίας
Residential Address

Επαρχία
District

Ταχ. Κώδικας
Postal Code

Διεύθυνση Αλληλογραφίας
Correspondence Address

Επαρχία
District

Ταχ. Κώδικας
Postal Code

Τηλέφωνο Επικοινωνίας
Contact Telephone

Ηλ. Ταχυδρομείο
E-mail

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ / POLICYHOLDER'S DETAILS

Ο ίδιος ο ασφαλισμένος / The insured himself ☐ Ναι /Yes ☐ Όχι / No
(Εάν όχι, συμπληρώστε τα πιο κάτω / If no, please fill in the following)

Ονοματεπώνυμο / Επωνυμία εταιρείας
Full name / Company name

Αρ. Ταυτότητας / Εγγραφής
ID Card No. / Registration No.

Επάγγελμα
Occupation

Σχέση με τον ασφαλισμένο
Relationship with the insured

Διεύθυνση Αλληλογραφίας
Correspondence Address

Επαρχία
District

Ταχ. Κώδικας
Postal Code

Τηλέφωνο Επικοινωνίας
Contact Telephone

Ηλ. Ταχυδρομείο
E-mail

3. ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / INSURED'S STATEMENT OF MEDICAL HISTORY

1. Είστε πλήρως υγιής;/ Are you completely healthy? ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No
2. Πάσχετε από οποιαδήποτε φυσική αναπηρία ή ανικανότητα; / Do you suffer from any physical disability or inability? ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No
3. Έχετε ποτέ συμβουλευτεί γιατρό ή έχετε πρόθεση να συμβουλευτείτε γιατρό για ατυχήματα, ασθένειες ή ιατρικές εξετάσεις; / Have you ever consulted a doctor or have the intension of consulting one for accidents, illnesses and/or medical examinations? ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No
4. Νοσηλευτήκατε σε νοσοκομείο, κλινική, σανατόριο ή άλλο παρόμοιο ίδρυμα για οποιαδήποτε αιτία; Αναφέρετε χειρουργικές επεμβάσεις κτλ./ Have you ever been hospitalized for any reason? Report any surgical procedures. ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No
5. Τα τελευταία 5 χρόνια, σας έχει συστήσει κάποιος γιατρός να λαμβάνετε οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή για συνεχές χρονικό διάστημα άνω των 2 εβδομάδων;/ In the last 5 years, have you been advised by any doctor to take any medications for a continuous period of more than 2 weeks? ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No

Μονογραφή/Initials: .....

6. Μόνο για Γυναίκες/ Only for Women:
   i. Είχατε ποτέ ή έχετε οποιασδήποτε φύσεως γυναικολογικές διαταραχές;/ Have you ever had or have problems with menstrual, hormonal, or any other gynaecological disorder? ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No
   ii. Είστε τώρα έγκυος;/ Are you pregnant? ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No

Αν η απάντηση σας στην ερώτηση 1 είναι ΟΧΙ και σε οποιαδήποτε άλλη από τις παραπάνω ερωτήσεις είναι ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες/ If you replied NO to question 1 and YES to any of the other above questions, please provide details:
……
……
……

4. ΆΛΛΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ / OTHER STATEMENTS

1. Υπάρχουν συνθήκες στο επάγγελμα σας, στις συνήθειες σας ή άλλες ασχολίες σας που σας εκθέτουν σε ιδιαίτερο κίνδυνο; / Are there any conditions in your profession, habits or other activities that put you at risk? ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No
2. Είστε τώρα ασφαλισμένοι ή έχετε ποτέ στο παρελθόν υποβάλει πρόταση για τέτοια κάλυψη; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες./ Are you at present insured or have you ever applied for such an insurance in the past? ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No
3. Έχει οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία σε οποιονδήποτε χρόνο απορρίψει οποιαδήποτε πρόταση για ασφάλιση ζωής, υγείας ή προσωπικών ατυχημάτων, απαιτήσει αυξημένο ασφάλιστρο ή επιβάλει ειδικούς όρους ή αρνηθεί να ανανεώσει ή ακυρώσει οποιαδήποτε ασφάλιση; / Has any insurance company at any time declined any proposal for life, medical or personal accident insurance, demanded increased premium or imposed special terms or refused to renew or cancelled any insurance policy? ☐ Ναι/Yes ☐ Όχι/No

Αν η απάντηση σας σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις είναι ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες/ If you replied YES to any of the above questions, please provide details:
……
……
……
……
……
……
……
……

5. ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ/ BENEFITS

Επιθυμητή Κάλυψη/Desired Cover:

☐ Σχέδιο Α/Plan A (Ενδονοσοκομειακή και Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη / Inpatient and Outpatient Treatment)

☐ Σχέδιο Β/Plan B (Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη / Inpatient Treatment)

☐ Σχέδιο Γ/Plan C (Έξοδα Μεταφοράς Σορού / Mortal Remains Transportation Expenses)

Προαιρετικά ωφελήματα με την καταβολή επιπρόσθετου ασφαλίστρου (Προσφέρονται με το Σχέδιο Γ μόνο) / Optional benefits upon payment of an additional premium (Provided only with Plan C):

☐ Θάνατος από ατύχημα / Death as a result of an accident
   ☐ €5.000 ☐ €10.000
☐ Έξοδα αντικατάστασης εργοδοτούμενου σε περίπτωση θανάτου από ατύχημα μέχρι €2.000/ Costs of replacing the employee due to accidental death up to €2.000

Ασφάλιστρο/Premium (Για χρήση από την Εταιρεία/ For Company use)

Ασφάλιστρο/ Premium	€……
Δικαιώματα συμβολαίου/ Policy fees	€……
Χαρτόσημο/ Stamp duty	€……
Συνολικό ετήσιο ασφάλιστρο/ Total annual premium	€……

6. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / PERIOD OF INSURANCE

Έναρξη/ Commencing on: …… /…… /…… Λήξη/ Expiring on: …… /…… /……

7. ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

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 **https://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(Ι)/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 ασφαλίστρου, 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 (νοουμένου 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 ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές 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 εκτέλεση 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 και ευαίσθητά 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.

Δηλώνω ότι συγκατατίθεμαι στη λήψη γραπτών ενημερώσεων για ζητήματα που αφορούν την παρούσα σύμβαση και περαιτέρω δηλώνω ότι γνωρίζω η συγκατάθεση μου είναι απαραίτητη με σκοπό την ολοκλήρωση της παρούσας πρότασης.

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.

Επίσης γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα στη φορητότητα όλων των Προσωπικών και Ευαίσθητων Προσωπικών μου Δεδομένων σε όποια μορφή τα ζητήσω καθώς επίσης και το δικαίωμα στην εναντίωση λήψης πληροφοριών από την **ATLANTIC**.

Τέλος μου έχει επίσης επεξηγηθεί 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.

Ονοματεπώνυμο και αρ. ταυτότητας	**Υπογραφή/ες:**
……	……
……	……
……	……

Παρακαλώ διαβάστε το κατωτέρω και υπογράψτε εάν συμφωνείτε.

Συγκατατίθεμαι στη λήψη ενημερώσεων, ειδοποιήσεων και διαφημίσεων σχετικά με ασφαλιστικά προϊόντα της ATLANTIC μέσω SMS, ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) και ταχυδρομείου στα στοιχεία που αναγράφονται επί της πρότασης.	**Υπογραφή:** ……

12. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι όλα όσα έχω δηλώσει στην Πρόταση αυτή είναι απόλυτα αληθή και ορθά και ότι δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ επίσης ότι η πρόταση και δήλωση αυτή είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα και ότι αποτελεί τηβάση του ασφαλιστηρίου εγγράφου μεταξύ μου και της Ασφαλιστικής Εταιρείας **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd** και θα θεωρείται ως να ενσωματώνεται στο ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί.

Υπογραφή Προτείνοντα: …… Ημερομηνία: ……/……/……

7. CONSENT

Explicit consent and declaration of recognition and/or information provision by persons in connection with the collection and processing of Personal Data, based on the legal framework for personal data protection.

I, the undersigned, hereby declare that I am fully aware of my rights and responsibilities and that I consent to the processing of my personal data, as these are described here below and also in the online "Data Protection Statement" ("Privacy Policy") at the website **https://www.atlantic.com.cy/**

ATLANTIC INSURANCE CO PUBLIC LTD at 15 Esperidon, 2001 Strovolos, Nicosia, hereinafter referred to as **ATLANTIC**, is acting in its capacity as the Data Processor for the purposes of the Law in relation to the protection of personal data and especially Regulation (EE) 2016/679 (General Data Protection Regulation, hereinafter "**GDPR**"), and the Law providing for the Protection of Natural Persons with regard to the Processing of Personal Data and for the Free Movement of such Data (Law 125(I)/2018).

I understand that **ATLANTIC** shall collect, process, store, keep and dispose Personal Data for the purposes of concluding the insurance contract, assessing claims, collecting the premium, conducting research and any statistical study and maintaining the high level of service provided to me, and more generally for the exercise of its pre-contractual and contractual rights and obligations, as well as for compliance with its legal obligations. I also understand that the collection of the personal data requested when completing this proposal and/or concluding the relevant insurance contract is necessary for **ATLANTIC** to be able to evaluate the proposal in question and/or for contract conclusion and compliance purposes relating to its legal obligations.

As I have been explicitly informed by **ATLANTIC**, the data which I give in this proposal as well as those I have already given in an earlier proposal (assuming these have not been deleted/destroyed according to their applicable retention period) are recorded in electronic and handwritten form in one or more personal data files maintained by **ATLANTIC** or by another affiliated / collaborating company or person or authority.

The recipients and processors of my personal and sensitive personal data shall be the employees and/or insurance intermediaries and/or partners of **ATLANTIC** as well as the contracted/collaborating companies or persons (such as accident care and roadside assistance companies, the record keeping and archive company, the credit rating or debt collection company, **ATLANTIC's** external legal advisors, external auditors, medical partners and consultants and/or service providers), as well as competent public authorities and/or supervisory bodies and/or courts. To the extent that **ATLANTIC** acts as a Data Controller, data processing is confidential and will only be carried out under the control of **ATLANTIC**.

In addition, I am aware that **ATLANTIC** collects sensitive personal data where and to the extent that this is necessary for the conclusion and performance of the contract based on my consent or for the purposes of establishing, exercising or supporting legal claims and these are health data in the case of medical insurance / motor vehicles / personal accidents policies.

I understand that **ATLANTIC** stores and maintains my personal data (including my sensitive personal data) only for as long as is necessary to fulfil the purpose of its processing, taking into account factors such as the extent, nature and degree of sensitivity of the data, the specific purposes of the processing, whether these purposes can be achieved by other means, as well as **ATLANTIC's** applicable legal and regulatory obligations. After the termination of the contractual relationship between us, **ATLANTIC** reserves the right to hold and/or process my personal and sensitive data for the period deemed necessary in accordance with its legal obligations. After the end of this period all data of the subject will be anonymized.

I declare that I consent to receive written updates on matters concerning this contract and I further state that I am aware that my consent is necessary for the purpose of completing this proposal.

I have also been informed that after the termination of the contractual relationship between us, I have the right to rectify my Personal and Sensitive Personal data, and even to request the complete erasure of all data held by **ATLANTIC**, whenever I wish.

I also understand that I have the right to the portability of all my Personal and Sensitive Personal Data in any form I request as well as the right to object receiving information from **ATLANTIC**.

Finally, it has also been explained to me that all the above rights are exercised by me personally by submitting a written request to **ATLANTIC** (for the attention of its Data Protection Officer), that some of the above rights are not absolute and that **ATLANTIC** has the right to request more information to consider such a request and/or not to satisfy such a request in whole or in part and/or with certain conditions, in accordance with the GDPR.

I have also been informed that **ATLANTIC** has appointed a Data Protection Officer, whose details will be posted on the company's website at **www.atlantic.com.cy**, and for the purposes of this, the contact number of the Data Protection Officer is **22886000** and the email **dpo@atlantic.com.cy**.

Finally, I declare and assure that any personal data of other persons that I give for the purposes of this proposal are given with the prior consent of these persons and I undertake to inform them about it, providing them with all the above information.

Full Name and ID number:	**Signature/s:**
……..	……
……..	……
……..	……

Please read below and sign if in agreement.

I hereby consent to receive updates, notifications and advertisements about ATLANTIC insurance products via SMS, email and post to the details indicated on the proposal.	**Signature:** ……

12. DECLARATION

I hereby declare that whatever is stated in this Proposal is absolutely true and that I have not concealed, distorted or misrepresented any fact. I also agree that this proposal and declaration shall be absolutely binding upon me and shall form the basis of the insurance contract between myself and **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd** and will be considered as forming part of the Policy to be issued.

Signature of Proposer …….. Date: ……/……/……