

05 Νοεμβρίου, 2021

ΑΣΕΤ – CYTA

Αγαπητοί μας Πελάτες,

Θέμα: Ανανέωση Ομαδικού Συμβολαίου Υγείας - 311026030

Είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας πληροφορήσουμε ότι το πιο πάνω Ομαδικό Ασφαλιστήριο Υγείας πρόκειται να ανανεωθεί την 01/01/2022, με τους ίδιους όρους και προϋποθέσεις.

Κατά την ανανέωση θα σας αποσταλεί εκ νέου Πίνακας Συμβολαίου και Παροχών, όπου περιλαμβάνονται τα ασφάλιστρα και ανάλυση των παροχών που έχετε επιλέξει.

Θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για τη μέχρι σήμερα συνεργασία και θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε, ότι θα συνεχίσουμε να εργαζόμαστε με αμεσότητα και συνέπεια ούτως ώστε, να διασφαλίζεται το υψηλό επίπεδο εξυπηρέτησης των ασφαλιζομένων μας.

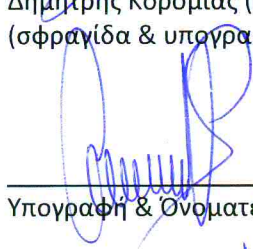
Με εκτίμηση,



Εύα Κοντοπούλου
Corporate Business Support Manager

Εκ μέρους της ΑΣΕΤ - CYTA, ζητούμε όπως **προχωρήσετε/μην προχωρήσετε** στην ανανέωση του πιο πάνω Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου (διαγράψτε ότι δεν ισχύει)


Δημήτρης Κορομιάς (i.d. 696402)
(σφραγίδα & υπογραφή)


Υπογραφή & Ονοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

09/12/2021



**ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟ ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΥΓΕΙΑΣ 311026030
ΑΣΕΤ – CYTA**

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζομένου/ Main Insured's details:

Ονοματεπώνυμο/Full Name	Επάγγελμα Occupation/ Duties	Ημ. Γεννήσεως/ Date of Birth	Ύψος/Βάρος Height/Weight	Αρ. Ταυτότητας/ I.D. No.
Φύλο/ Gender: _____	Οικογενειακή κατάσταση/Family Status: Άγαμος/Single _____	Διαζευγμένος / Divorced _____	Έγγαμος/Married _____	Αρ. Παιδιών/No. Of Children _____

Διεύθυνση Κατοικίας/ Residential Address	
Τηλέφωνο/Telephone No.	
Ηλεκτρονική διεύθυνση/E-mail	

Όνομα όπως αναγράφεται με αγγλικούς χαρακτήρες στην ταυτότητα ή διαβατήριο (παρακαλώ δηλώστε για όλα τα ασφαλιζόμενα άτομα)/ Full name as stated on id or passport (please provide information for all insured members)	
---	--

Στοιχεία προτεινόμενων για ασφάλιση (εξαρτώμενα: σύζυγος/παιδιά (έως 25 ετών εφόσον είναι φοιτητές ή στρατιώτες στην εθνική φρουρά)/ Dependent members' personal details (dependent: husband/wife/children up to 25 years old, if they are student or they are carrying out their military service in the national guard)

Ονοματεπώνυμο/Full Name	Επάγγελμα Occupation/Duties	Ημ. Γεννήσεως/ Date of Birth	Ύψος/ Βάρος Height/Weight	Αρ. Ταυτότητας/ I.D. No.	Φύλο/ Gender
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		

Απαντήστε όλες τις ερωτήσεις πιο κάτω, για κάθε άτομο, σημειώνοντας (x) στα αντίστοιχα πλαίσια ΝΑΙ/ΟΧΙ / Please answer all questions here below for each person. Mark (x) at the boxes YES/NO accordingly.		Κυρίως Ασφ. Main Policyholder Όνομα / Name	1ο μέλος οικογ. 1st Member Όνομα / Name	2ο μέλος οικογ. 2nd Member Όνομα / Name	3ο μέλος οικογ. 3rd Member Όνομα / Name	4ο μέλος οικογ. 4th Member Όνομα / Name
		ΝΑΙ / YES OXI / NO	ΝΑΙ/YES OXI/NO	ΝΑΙ/YES OXI/NO	ΝΑΙ/YES OXI/NO	ΝΑΙ/YES OXI/NO
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 πότε, γιατί έγιναν και ποιο το αποτέλεσμα./Have you consulted a physician for any reason, including routine examinations and blood tests, or have you received any blood transfusions within the past 5 years?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
2.	Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος (π.χ. καρδιακά προβλήματα, ρευματικό πυρετό, υψηλή αρτηριακή πίεση, παθήσεις των αρτηριών και φλεβών; /Diseases of the circulatory system (e.g. heart trouble, rheumatic fever, high blood pressure, diseases of the arteries and veins)?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
3.	Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. φυματίωση, άσθμα, επίμονο βήχα, πνευμονία); /Diseases of the respiratory system (e.g. tuberculosis, asthma, persistent cough, pneumonia)?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐

	NAI / YES OXI / NO	NAI / YES OXI / NO	NAI / YES OXI / NO	NAI / YES OXI / NO	NAI / YES OXI / NO
4. Παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος (π.χ. λοιμώξεις των νεφρών, του ουροποιητικού ή των γεννητικών οργάνων, νεφρικών λίθων ή αφροδίσιο νόσημα);/Diseases of the genitor-urinary system (e.g. infections of the kidneys, urinary or genital organs, renal stones, venereal disease)?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
5. Παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ. πεπτικές διαταραχές, γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος, ηπατίτιδα Β ή άλλες παθήσεις του συκωτού, παθήσεις της χοληδόχου κύστεως);/Diseases of the gastro-intestinal system (e.g. digestive disorders, gastric or duodenal ulcer, hepatitis B or other disorders of the liver, disorders of the gall bladder)?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
6. Διαβήτη, καρκίνο ή παθήσεις του αίματος, αδένες, σπλήνας, αυτίων, ματιών ή δέρματος;/Diabetes, cancer or any diseases of the blood, glands, spleen, ears, eyes or skin?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
7. Ανεξήγητη νυχτερινή εφίδρωση και/ή απώλεια βάρους, επίμονο πυρετό, χρόνια ή επαναλαμβανόμενη διάρροια, ανεξήγητες λοιμώξεις ή πρησμένους αδένες./Unexplained night-sweats and/or loss of weight, persistent fever, chronic or recurrent diarrhoea, unexplained infections or swollen glands?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
8. Παθήσεις του νευρικού συστήματος ή νευρικές διαταραχές (π.χ. επιληψία, λιποθυμικές τάσεις, συχνούς πονοκεφάλους, νευρικό κλονισμό);/Diseases of the nervous system or mental disorders (e.g. epilepsy, fits or fainting attacks, frequent headaches, nervous breakdown)?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
9. Έχετε ποτέ κάνει ή έχετε συμβουλευτεί να κάνετε αιματολογικές αναλύσεις για AIDS ή έχετε ποτέ απορριφθεί ως αιμοδότης;/Have you ever had or been advised to have a blood test for AIDS or an AIDS-related condition or have you ever been refused as a blood donor?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
10. Έχετε ποτέ εισαχθεί σε νοσοκομείο/κλινική για θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση;/Have you ever had or been advised to undergo hospital treatment or surgery?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
11. Έχετε οποιαδήποτε πάθηση ή ασθένεια η οποία δεν αναφέρθηκε. /Do you have any other diseases or ailments not mentioned above?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
12. ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ Παθήσεις μαστών ή γεννητικών οργάνων;/FOR WOMEN Breast or genital organs diseases? Είστε έγκυος; Are you pregnant? Αν ναι, πόσων μηνών;/If yes, when did pregnancy start?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
13. Είχατε ή έχετε μέλη της οικογένειας σας με ιστορικό καρκίνου, παθήσεις καρδιάς, νεφρικές παθήσεις, διαβήτη, υψηλή αρτηριακή πίεση ή ψυχικές διαταραχές;/Did you or do you have in your family any members with history of cancer, heart problems, kidney problems, diabetes, high blood pressure or mental disorders?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
14. Ασχολείστε με οποιοδήποτε άθλημα ή δραστηριότητα; Αν ναι παρακαλώ δηλώστε επαγγελματικά ή ερασιτεχνικά; /Do you engage in any sport or other activity? If so, please state whether you engage in a professional or amateur mode.	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
16. 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./Are you insured now or have you ever been insured under a Health Insurance Plan, with our Company or any other insurance company?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐

ΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ/Η Η ΕΙΣΠΡΑΞΗ ΟΠΟΙΟΥΔΗΠΟΤΕ ΠΟΣΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ TRUST, ΔΕΝ ΣΥΝΙΣΤΑ ΣΕ ΚΑΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ, ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ. Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΡΕΠΕΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ, ΟΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ, ΝΑ ΑΠΟΡΡΙΦΘΕΙ Ή/ΚΑΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ ΜΕ ΟΡΟΥΣ. Η ΚΑΛΥΨΗΣ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΙΣΧΥ ΕΦΟΣΟΝ ΕΧΕΤΕ ΛΑΒΕΙ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, ΟΠΟΥ ΣΑΣ ΚΟΙΝΟΠΟΙΕΙΤΑΙ Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΗΣ./

SUBMISSION OF A HEALTH APPLICATION INSURANCE AND / OR THE PAYMENT OF ANY AMOUNT TO TRUST INSURANCE DOES NOT IMPLY AN AUTOMATIC COVERAGE OF INSURANCE. THE INSURANCE COMPANY WILL EVALUATE YOUR APPLICATION, AND WILL PROPOSE HER TERMS OF COVER, WHICH MAY ALSO BE A REJECTION AND/OR ACCEPT THE COVER ON SPECIAL TERMS. YOUR COVERAGE WILL EFFECT ONCE YOU ARE NOTIFIED IN WRITTEN BY THE INSURANCE COMPANY.

		ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO	ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO	ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO	ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO	ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO
17.	Έχει σκοπό η ασφάλεια αυτή να αντικαταστήσει άλλη ασφάλεια που έχετε συνάψει μαζί μας ή με άλλη Ασφαλιστική Εταιρεία; / Is this application intended to replace any other insurance policy you have with our Company or any other insurance company?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
15.	Κατανάλωση σε / Consumption of:	Αλκοόλ (ημερησίως) / Alcohol Daily:		Κάπνισμα (ημερησίως) / Smoking daily:		

ΔΩΣΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΤΙΚΕΣ ΣΑΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ: / GET DETAILED FOR YOUR POSITIVE ANSWERS:		
Αρ. Ερώτησης / Question No.	Όνομα προτεινόμενου / Name of Proposer	Ιατρικό ιστορικό (Συχνότητα, Ημερ., Διάρκεια, Αποτελ.), Ονόματα ιατρών και νοσοκομείων / κλινικών. / Medical history (Severity, Date, Duration, Result), Names of physicians and Quest. No. Name hospitals or clinics

(σημειώστε √ όπου ισχύει)			
Η αίτηση αφορά την ασφάλιση του/των εξαρτωμένου/νων προσώπων μόνον			
Η αίτηση αφορά την ασφάλιση νέου μέλους και των εξαρτωμένων (όπου ισχύουν εξαρτώμενα)			
Επιλογή καλύψεων (σημειώστε √ όπου ισχύει)		Επιλογή Σχεδίου (σημειώστε √ όπου ισχύει)	
Ενδονοσοκομειακή Κάλυψη	Υποχρεωτική	Σχέδιο - Α	Σχέδιο - Β
Εξωνοσοκομειακή Κάλυψη			

ΔΗΛΩΣΕΙΣ / DECLARATIONS

1. 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 η «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»).

I, the undersigned, hereby confirm the accuracy of the information contained herein and any other personal information which may be given and / or disclosed to Trust International Insurance Company (Cyprus) Ltd (hereinafter the "Company") in the course of the implementation and during the provision by the Company of its services to me for the purposes mentioned in the Privacy Notice, and for communication purposes as specified below (hereinafter the "Purposes").

2. 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.

I, the undersigned, hereby further confirm that if I, in the context of the above, disclose or will disclose to the Company personal data of third parties, I have obtained the consent of these persons and have fully inform the persons concerned accordingly. For the avoidance of doubt, any reference in this form to personal data, concerns both the personal data of the undersigned as well as the personal data of third parties that the undersigned may provide to the Company.

3. 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.

ii. 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.

For the avoidance of any doubt, the following apply:

i. *The undersigned confirms that any of the aforesaid personal information are accurate and up-to-date.*

ii. *The undersigned, hereby confirms that, in cases where in the aforesaid policy there is a dependent member to the aforesaid policy holder or a legal guardian representing the dependent member of the policy holder, (i) all the aforesaid communications during the performance of the Purpose will be done via the policy holder or his/her insurance agent (as the case may be and always in accordance with paragraph 1 above) and not directly with the dependent member to the aforesaid policy holder or the legal guardian representing the dependent member of the policy holder (ii) all the necessary payments that may be required to be made during the performance of the Purpose will be done via the undersigned policy holder.*

4. Εγώ, ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η κατανώ 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.

I hereby acknowledge that, within the context of the performance of the Purpose, I may be required to provide or I have already provided personal information (including, inter alia, my medical history or status and/or the medical history or status of any third party in accordance with paragraph 2 above) to the Company which are classified as 'sensitive' for the purposes of the European data protection law and for which there are additional restrictions on how organisation(s) may use and hold this information. I hereby expressly consent to the processing of any such "sensitive" personal data for the Purposes.

ΤΡΟΠΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ / METHOD OF COMMUNICATION - Σημειώστε () / Mark ()

Παρακαλώ συμπληρώστε το σημείο (α) ΚΑΙ επιλέξτε ένα από τα (β) ή (γ) / Please complete point (a) AND choose one of (b) or (c)

α. Μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση / via email on the email address below:

β. Με ταχυδρομείο (με επιπλέον λογική χρέωση) / via post mail (with an extra a reasonable charge):

☐

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

via post mail through the agent (with additional reasonable charge):

☐

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.

We, the undersigned, hereby further confirm that we have been informed and fully understand that (i) all the aforesaid communications with regards to any matters arising under this Policy during the performance of the Purpose will be performed via the policyholder and not directly with myself and

(ii) all the necessary payments that may be required to be made during the performance of the Purpose will be made to the policyholder.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION OF COMMITMENT

Εγώ ο / η

I the undersigned

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω είναι αληθή και ότι δεν απέκρυψα/παραποίησα ή παρέλειψα οποιαδήποτε λεπτομέρεια /

I declare that the above statements and details are true and no information has been concealed, altered or presented inaccurately.

Υπογραφή Αιτητή/Κατόχου του Ασφαλιστηρίου /

Signature of the Applicant / Policyholder

Υπογραφή Ενήλικου Εξαρτώμενου /

Adult Dependant's Signature

Υπογραφή Ενήλικου Εξαρτώμενου /

Adult Dependant's Signature

Υπογραφή Ενήλικου Εξαρτώμενου /

Adult Dependant's Signature

Υπογραφή γονέα/νόμιμου κηδεμόνα για ανήλικο/εξαρτώμενο/α

Parent/Legal Guardian's Signature for minor dependant

Υπογραφή Ενήλικου Εξαρτώμενου /

Adult Dependant's Signature

Ημερομηνία / Date

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ / AUTHORIZED REPRESENTATIVE DECLARATION OF COMMITMENT

Εγώ ο/η

I the undersigned

Δηλώνω ότι δεν παρέλειψα να παρασχω στον ενδιαφερόμενο οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία αναφορικά με την ασφαλιστική σύμβαση /

Declare that I have not omitted to provide the Proposer with any material information regarding the insurance contract.

Υπογραφή / Signature

Ημερομηνία / Date

Κωδικός Αντιπροσώπου / Agent's Code

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

H 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 οποιοδήποτε 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 αίτηση, των τρίτων προσώπων που δεν υποβάλλουν αίτηση 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 οποιοδήποτε 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 οποιοδήποτε άλλες εκθέσεις, όπως εκθέσεις ατυχημάτων.

ΠΩΣ ΘΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΤΟΥΜΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΕΣΑΣ

Θα επεξεργαστούμε τις προσωπικές σας πληροφορίες μόνο εκφώνον 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 νόμιμο 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

Privacy Policy Notice

Trust International Insurance Company (Cyprus) Ltd

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.

This privacy notice provides an overview of the information we collect about you, the purposes for which we use your information and who we share your personal data with. Further details as to how we process and protect your personal data, may be found in our full Privacy Policy available at: <http://www.trustcyprusinsurance.com/index.php/privacy-policy>.

If you do not have access to the internet, we can provide you with a hard copy of our Privacy Policy upon request.

WHO WE ARE

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

«we», «us», «our») is a member of the Nest group of companies («Group») and is a limited liability company with shares with registration number HE 42182. For any further details you may communicate with our DPO at dpo@trustcyprusinsurance.com. We are committed to protecting the privacy and security of the personal information of its clients, potential clients, insurance policy holders, authorised parties, vendors, business associates and third-party claimants, third parties (non-claimants) and guarantors (the «data subjects», «you»). Trust Cyprus is a «data controller» which means that we are responsible for deciding how we hold and use personal information about you

THE KIND OF PERSONAL INFORMATION WE HOLD ABOUT YOU

Depending on the type of your insurance cover, we will collect, store, and use the following categories of personal information about you in our various departments: Basic personal details and Contact Information such as name, Email, Address, Telephone Number, age, Marital Status, Gender, Date of Birth, Occupation, Vehicle License Plate, Telephone Recordings, Identification Information such as ID, Passport Number, Driving License, Photograph, Signature Specimen, Insurance Policy related Information such as Policy and claim identifiers, insured items, previous insurance claims, valuation report, Financial Information such as: Bank Account Number and IBAN Certificate, Assets, Income, Fees for Services, Financial Turnover Credit Reference information and Credit Score. We will hold some sensitive personal information of you such as: Medical Information and Health Condition: health (physical and mental) status, injuries, disabilities, medical diagnosis, medical and medicinal treatment, unhealthy personal habits (such as alcohol consumption or smoking) and any other information related to medical history/ Other sensitive information: certificate of clean criminal record where necessary, Pending criminal or civil litigation against you, History of bankruptcy, Police Reports and Governmental Authorities Reports and any other reports, such as accident reports.

HOW WE WILL USE INFORMATION ABOUT YOU

We will only use your personal information when the law allows us to. Most commonly, we will use your personal information in the following circumstances: (1) where it is necessary in order to perform the contract we have entered into with you. (2) Where we need to comply with a legal obligation. (Comply with applicable laws, comply with court orders and requests from Supervisory Authorities) (3) Where it is necessary for our legitimate interests (or those of a third party) and your interests and fundamental rights do not override those interests (4) Where you provided your consent (5) Where we need to process your personal data in order to protect your vital interests or those of another person. If you fail to provide certain information when requested, we may not be able to perform the contract we have entered into with you and for instance not able to satisfy your claim, or we may be prevented from complying with our legal obligations or otherwise not be able to enter into or carry out any contractual relationship with you.

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.

Συγκατατίθεται

Δεν Συγκατατίθεται

☐
☐

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 συγκατάθεσής σας θα οδηγήσει αυτόματα και σε τερματισμό του συμβολαίου.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η μη συγκατάθεση σας ή η απόσυρση της συγκατάθεσής σας θα έχει αντίκτυπο σε εμάς όσον αφορά τη συνέχιση της εκτέλεσής ενός ασφαλιστηρίου συμβολαίου ή την προώθησή της απαίτησής σας εάν είστε τρίτο πρόσωπο που υποβάλλει αίτηση.

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΠΡΩΘΗΣΗ

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 προώθησής 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.

Συγκατατίθεται

Δεν Συγκατατίθεται

☐
☐

ΔΗΛΩΣΗ

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

Υπογραφή _____

Ημερομηνία _____

HOW IS YOUR PERSONAL INFORMATION COLLECTED

We collect personal information about the data subjects: (a) Directly from you (b) Through other sources (e.g. through our vendors such as Road Assistance companies, Insurance Agents/Brokers, third party insurance companies, credit reference agencies & credit bureaus)

DATA SHARING

We may have to share your data with third parties, including third-party service providers and other entities in the Group. We may transfer, store and process your personal data outside the European Economic Area. If we do, you can expect a similar degree of protection in respect of your personal information through contractual arrangements to observe confidentiality and data protection assuring they comply with data protection law and the GDPR.

AUTOMATED DECISION-MAKING

We are using automated decision-making in circumstances including, where it is necessary to perform the contract with you or with your explicit written consent and where appropriate measures are in place to safeguard your rights. You will not be subject to decisions that will have a significant impact on you based solely on automated decision-making, unless we have a lawful basis for doing so and we have notified you.

DATA RETENTION

We will only retain your personal information for as long as necessary to fulfill the purposes we collected it for, including for the purposes of satisfying any legal, accounting, or reporting requirements.

YOUR RIGHTS

Under certain circumstances, you have rights under data protection laws in relation to your personal data including the right to receive a copy of the personal data we hold about you and the right to make a complaint at any time to the Office of the Data Protection Commissioner.

CONSENT

By checking below, I hereby provide my explicit consent (where required) for the processing of my personal data, and specifically for the processing of my sensitive personal data for the purposes stated above and in the full Privacy Policy of Trust.

I agree
I do not agree

☐
☐

We require your consent in order to process your sensitive personal data for the purposes of performing your insurance policy (collection, processing, transfer). You have the right to withdraw your consent for the specific processing at any time. To withdraw your consent, please contact dpo@trustcyprusinsurance.com. Please note that processing based on the consent carried out prior to the withdrawal will remain lawful. In addition, please note that there are cases where processing of your sensitive personal data is necessary based on the relevant law and if you withdraw consent in this case will automatically lead to termination of your insurance contract.

Withdrawing or not providing your consent may in certain cases have an impact on the continuing performance of an insurance contract or the processing of your claim in case you are a third-party claimant.

DIRECT MARKETING CONSENT

By checking below, you agree to be contacted by Trust Cyprus for details about our services and/or products and/or ours that we feel you may be interested. Our direct marketing channels involve: telephone calls, SMS, email, post or display advertising that you may see on our website, third party websites or social media.

I agree
I do not agree

☐
☐

DECLARATION

I hereby declare that I have read and understood the content of the present short Privacy Notice.

Signature _____

Date _____

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ ΜΕΛΟΥΣ ΑΣΕΤ - CΥΤΑ

Εγώ ο/η υποφαινόμενος/η _____ με αριθμό ταυτότητας _____, δηλώνω υπεύθυνα τα πιο κάτω:

A. Επιθυμώ να τερματίσω την κάλυψη μου και των εξαρτωμένων μου, από το ομαδικό σχέδιο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ΑΣΕΤ – CΥΤΑ (Αρ. Συμβολαίου 311026030)

A:

B. Επιθυμώ να τερματιστεί η κάλυψη των πιο κάτω εξαρτωμένων μου, από το ομαδικό σχέδιο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ΑΣΕΤ – CΥΤΑ (Αρ. Συμβολαίου 311026030)

B:

A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΕΛΟΥΣ/ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ	ΗΜΕΡ. ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟΥ

*Οι τερματισμοί μελών δεν μπορούν να τεθούν σε ισχύ κατά την διάρκεια του μήνα που δυανύεται αλλά κατά την 1^η ημέρα του επόμενου μήνα.

Υπογραφή Μέλους

Ημερομηνία

Υπογραφή Ενήλικα Εξαρτωμένου

Ημερομηνία

Υπογραφή Ενήλικα Εξαρτωμένου

Ημερομηνία

Εντολή Τροποποίησης Κάλυψης

Εγώ ο/η υποφαινόμενος/η _____ με αριθμό ταυτότητας _____, δηλώνω υπεύθυνα ότι τόσο για εμένα, όσο και για τα εξαρτώμενα μου πρόσωπα, επιθυμώ να τροποποιήσω την κάλυψη μου στο ομαδικό σχέδιο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ΑΕΤ – CΥΤΑ (Αρ. Συμβολαίου 311026030) όπως περιγράφεται πιο κάτω:

Επιλογή Καλύψεων που θα ισχύσουν από 01/01/2022:

Καλύψεις		Επιλογή Καλύψεων/Σχεδίου (σημειώστε V όπου ισχύει)	
Ενδονοσοκομειακή Κάλυψη	Υποχρεωτική	Σχέδιο - Α	Σχέδιο - Β
Εξωνοσοκομειακή Κάλυψη			

Υπογραφή Μέλους

Ημερομηνία

Υπογραφή Ενήλικα Εξαρτωμένου

Ημερομηνία

Υπογραφή Ενήλικα Εξαρτωμένου

Ημερομηνία