

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

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / INSURED'S DETAILS

Όνοματεπώνυμο

Full name

| | | | |
|---|-------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Αρ. Ταυτότητας ID Card Number | Επάγγελμα Occupation | | |
| Ημερ. Γέννησης Date of Birth | / / | Φύλο Gender | Ύψος Height |
| 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)

Όνοματεπώνυμο / 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, ασθενίες ή ιατρικές εξετάσεις; / Have you ever consulted a doctor or have the intention 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. 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. Διατηρείτε τώρα σε ισχύ ασφαλιστική κάλυψη Ευθύνης Εργοδότη 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 A/Plan A (Ενδονοσοκομειακή και Εξωνοσοκομειακή Περιθαλψη / Inpatient and Outpatient Treatment)
 - Σχέδιο B/Plan B (Ενδονοσοκομειακή Περιθαλψη / 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 συμβολαιου/ Policy fees | €..... |
| Χαρτόσημο/ Stamp duty | €..... |
| Συνολικό ετήσιο ασφάλιστρο/ Total annual premium | €..... |

ΠΕΡΤΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΤΗΣ / PERIOD OF INSURANCE

Έναρξη/ Commencing on: / / ΛήΞΗ/ Expiring on: / /

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι όλα όσα έχω δηλώσει στην Πρόταση αυτή είναι απόλυτα αληθή και ορθά και ότι δεν έχω αποκρύψει, παραπομένης ή παραθέτεσι με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ επίσης ότι η πρόταση και δήλωση αυτή είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα και ότι αποτελεί τη βάση 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.

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.

Υποχρεώ Προτείνουτα:

Signature of Proposer:

Hueoounyia:

Date:

6. ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ / CONSENT

Ο Περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμος (125(I)/2018) ως εκάστοτε τροποποιείται και ο Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία αυτών.

Ρητή συγκατάθεση και Δήλωση αναγνώρισης και/ ή ενημέρωσης από πρόσωπα σχετικά με τη συλλογή και επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, βάσει του Νόμου και της Ευρωπαϊκής Οδηγίας.

Εγώ ο υπογράφων το παρόν έντυπο, δηλώνω ότι μου έχουν εξηγηθεί και έχω αντιληφθεί πλήρως τα ακόλουθα σχετικά με τις πρόνοιες του πιο πάνω Νόμου:

Η ATLANTIC INSURANCE CO PUBLIC LTD εκ Εσπεριδων 15, 2001 Στρόβολος, Λευκωσία, που στο εξής θα αναφέρεται ως ATLANTIC, υπό την ιδιότητα της ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας για τους σκοπούς της Νομοθεσίας, θα πρέπει να συλλέγει, αποθηκεύει, φυλάει και διαθέτει Προσωπικά Δεδομένα για σκοπούς σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, αξιολόγησης της απαίτησης, είσπραξης του ασφαλίστρου, έρευνας και στατιστικής μελέτης και για την διατήρηση ψηλού επιπέδου εξυπηρέτησης μου.

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 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.

Αποδέχτες και διαχειριστές των προσωπικών και ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων μου θα είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού της ATLANTIC καθώς και αυτά των συμβεβλημένων/ συνεργαζόμενων εταιρειών ή προσώπων. Η επεξεργασία των δεδομένων είναι απόρρητη και θα διεξάγεται μόνο υπό τον έλεγχο της ATLANTIC.

Με τη φράση συμβεβλημένες /συνεργαζόμενες εταιρείες και ή πρόσωπα μου εξηγήθηκε και το αποδέχομαι ότι εννοούνται οι ακόλουθοι: Εταιρίες 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 παρόχοι υπηρεσιών.

Η ATLANTIC θα γνωστοποιεί τις συμβεβλημένες / συνεργαζόμενες εταιρείες αλλά και τους συμβούλους της στην ιστοσελίδα της εταιρείας στη διεύθυνση www.atlantic.com.cy προς ενημέρωση μου.

Επιπλέον γνωρίζω ότι η Atlantic συλλέγει ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα για τη σύναψη της σύμβασης και αυτά είναι δεδομένα υγείας σε περίπτωση ασφαλιστηρίου συμβολαίου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, μηχανοκινήτων οχημάτων και προσωπικών ατυχημάτων.

Γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα ανάκλησης της παρούσας ρητής εξουσιοδότησης σε οποιοδήποτε στάδιο νοούμενου ότι έχει τερματιστεί η συμβατική μας σχέση και δεν υπάρχουν εκκρεμότητες νομικής ή άλλης φύσης που να εμποδίζουν την ATLANTIC να το πράξει. Η ATLANTIC μετά τη λήξη της μεταξύ μας συμβατικής σχέσης διατηρεί το δικαίωμα να κατέχει και/ ή να επεξεργάζεται τα προσωπικά και/ ή ευαίσθητα προσωπικά μου δεδομένα για περίοδο ενός (1) έτους για στατιστικούς σκοπούς. Μετά το πέρας του ενός (1) έτους 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.

Περαιτέρω μου έχει επεξηγηθεί τόσο προφορικά όσο και με την παρούσα ότι έχω το δικαίωμα να ζητήσω περιορισμό της χρήσης των Προσωπικών και Ευαίσθητων Προσωπικών μου δεδομένων, στο μέτρο που δεν εμποδίζεται η ATLANTIC να εκτελέσει τις συμβατικές τις υποχρεώσεις.

Τέλος μου έχει επίσης επεξηγηθεί τόσο προφορικά όσο και με την παρούσα 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.

Όλα τα πιο πάνω δικαιώματα ασκούνται από εμένα προσωπικά με την υποβολή γραπτής απαίτησης προς την ATLANTIC.

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.

Law providing for the Protection of Natural Persons with regard to the Processing of Personal Data and for the Free Movement of such Data of 2018 (Law 125(I)/2018) as amended from time to time and the Regulation (EE) 2016/679 of the European Parliament and of the Commission dated 27th of April 2016, for the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and for the Free Movement of such Data.

Explicit consent and declaration of recognition and / or information by persons in connection with the collection and processing of Personal Data, based on the Law and the European Directive.

I, the undersigned, hereby declare that I have fully understood the following in regard to the provisions of the aforementioned Law as these have been explained to me:

ATLANTIC INSURANCE CO PUBLIC LTD at 15 Esperidon, 2001 Strovolos, Nicosia, hereinafter referred to as ATLANTIC, in its capacity as the Data Processor for the purposes of the Law, shall have to 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.

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 are recorded in electronic and handwritten form in one or more personal data files maintained by ATLANTIC or by other affiliated / collaborating companies or persons.

Recipients and processors of my personal and sensitive personal data, shall be the competent staff members of ATLANTIC as well as those of the affiliated / collaborating companies or persons. The Data processing is classified and shall only be conducted under the control of ATLANTIC.

The phrase affiliated /collaborating companies and/ or persons has been explained to me and I accept that the following are meant to be included: Accident and Road Assistance Companies, Storage and Management of Archives Companies, Credit rating or Debt collection agencies, ATLANTIC's external legal advisors, external auditors, associate doctors and consultants and / or service providers.

ATLANTIC will disclose for my knowledge the affiliated / collaborating companies as well as its consultants on the company's website at www.atlantic.com.cy.

In addition, I am aware that Atlantic collects sensitive personal data for the conclusion of the contract and these are health data in the case of medical insurance policy, motor vehicles insurance and/or personal accident insurance.

I know that I have the right to revoke the present and explicit authorization at any stage provided that our contractual relationship has been terminated and there are no legal or other pending issues that prevent ATLANTIC from doing so. After termination of our contractual relationship, ATLANTIC reserves the right to hold and / or process personal and/ or sensitive personal data for a period of one (1) year for statistical purposes. Upon completion of one (1) year all personal data and/or sensitive personal data held by the Company will be anonymized.

I am also informed that after the termination of our contractual relationship, I have the right to rectify my Personal and Sensitive Personal Data, and even request the complete erasure of all data held by ATLANTIC whenever I wish to do so.

It has been further explained to me, both verbally and with the present declaration, that I have the right to request restriction on processing of my Personal and Sensitive Personal Data insofar as ATLANTIC is not prevented from performing its contractual obligations.

Finally, it has also been explained to me, both verbally and with the present declaration, that I have the right to the portability of all my Personal and Sensitive Personal Data in whatsoever form I request, as well as the right to object to the receipt of information from ATLANTIC.

All of the above rights are exercised by me personally upon the submission of a written request towards ATLANTIC.

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

Συγκατατίθεμαι στη λήψη γραπτών ενημερώσεων (π.χ. SMS, Emails)

για ζητήματα που αφορούν αποκλειστικά την παρούσα σύμβαση. /

I hereby consent to the receipt of written updates/notifications

(e.g. SMS, Email), for issues that are exclusively related to this

contract.

Υπογραφή

Συγκατατίθεμαι στη λήψη ενημερώσεων, ειδοποιήσεων και

διαφημίσεων. / I hereby consent to the receipt of updates,

notifications and advertising material.

Υπογραφή

Συγκατατίθεμαι στη λήψη και επεξεργασία των προσωπικών μου

δεδομένων. / I hereby consent to the collection and processing of

my personal data.

Υπογραφή

Συγκατατίθεμαι στη λήψη των ευαίσθητων προσωπικών μου

δεδομένων. / I hereby consent to the collection of my sensitive

personal data.

Υπογραφή

Όνοματεπώνυμο / Name and Surname:

Υπογραφή

Μάρτυρας / Witness:

Υπογραφή

Αρ. ταυτότητας / Identification Number:

Τηλέφωνο επικοινωνίας / Contact Telephone Number:

Ημερομηνία / Date: