

Αίτηση Ένταξης Μέλους

στο υπ' αριθμό GP-000..... Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο

Α. Στοιχεία Ασφαλιζομένου			
Επώνυμο:		Αρ. Ταυτότητας (ή διαβατηρίου σε περίπτωση αλλοδαπού μόνο)	
Όνομα:		Μεσαίο:	
Υπηκοότητα:		Ημερομηνία Γέννησης:/...../..... Ηλικία:
Οικογενειακή Κατάσταση:		Φύλο:	<input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
Επωνυμία Εργοδότη:		Ύψος - Βάρος:εκ.κιλά
Διεύθυνση Κατοικίας:		Τηλέφωνο:	
Όνομα Τράπεζας:		Αριθμός Λογαριασμού:	
Αριθμός IBAN (*):		Email:	

(*) Σημείωση: Να προσκομίζεται Πιστοποιητικό Λογαριασμού IBAN από την Τράπεζα. Η χρήση του τραπεζικού λογαριασμού θα γίνεται για σκοπούς πληρωμής απαιτήσεων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης / απ' ευθείας πίστωση στο λογαριασμό.

Β. Στοιχεία Εξαρτωμένων Μελών				
<i>Σημείωση: Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που προβλέπεται η συμμετοχή τους στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.</i>				
Όνοματεπώνυμο	Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου	Ημερομηνία Γέννησης	Σχέση	Ύψος - Βάρος
1.	 / /		-
2.	 / /		-
3.	 / /		-
4.	 / /		-

Γ. Ερωτηματολόγιο υγείας των υποψηφίων προς ασφάλιση προσώπων
Παρακαλούμε απαντήστε τις ακόλουθες ερωτήσεις, που αφορούν : <ul style="list-style-type: none"> • Στην κατάσταση της υγείας σας. • Στην κατάσταση της υγείας των Εξαρτωμένων Μελών σας, την ασφάλιση των οποίων αιτείστε με την παρούσα.
➤ Όνομα και διεύθυνση του προσωπικού σας γιατρού
➤ Πότε επισκεφθήκατε γιατρό για τελευταία φορά και γιατί; Δώστε αποτελέσματα
Δώστε το όνομα και τη διεύθυνση του αν διαφέρει από τον προσωπικό σας γιατρό
➤ Ποια η καθημερινή σας χρήση σε: Ουινοπνευματώδη Καπνό

Για όλες τις παρακάτω ερωτήσεις παρακαλούμε σημειώστε με ✓ στις στήλες "ΝΑΙ" ή "ΟΧΙ"	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Υποφέρατε ποτέ ή υποφέρετε τώρα από:		
α) Ασθένειες του κυκλοφοριακού συστήματος (π.χ. καρδιακό πρόβλημα, πόνους στο στήθος, ρευματικό πυρετό, αρτηριακή πίεση, ασθένειες των αρτηριών ή φλεβών);		
β) Ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. φυματίωση, άσθμα, επίμονος βήχας, πνευμονία);		
γ) Ασθένειες του ούρο-γεννητικού συστήματος (π.χ. φλεγμονές των νεφρών, ουρητήρων, κύστης ή γεννητικών οργάνων, λίθους στα νεφρά ή ουρήθρα, αφροδίσιο νόσημα);		
δ) Ασθένειες του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ. δυσπεψίες, έλκος στομάχου ή δωδεκαδάχτυλου, ηπατίτιδα Β ή άλλη πάθηση του ήπατος, παθήσεις της χοληδόχου κύστης);		
ε) Ασθένειες του νευρικού συστήματος ή ψυχικές ανωμαλίες (π.χ. επιληψία, σπασμοί ή λιποθυμικές κρίσεις, συχνοί πονοκέφαλοι ή νευρικοί κλονισμοί);		
ζ) Διαβήτη ή οποιαδήποτε ασθένεια του αίματος, αδένων, σπλήνα ή δέρματος;		
η) Ανεξήγητους νυκτερινούς ιδρώτες και/ή απώλεια βάρους ή επίμονο πυρετό, χρόνια ή υποτροπιάζουσα διάρροια, ανεξήγητες λοιμώξεις ή διογκωμένους αδένες;		
θ) Ασθένεια των ματιών ή αυτιών, παράλυση, κηροσύνη, κήλη, δισκοπάθεια, σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσο του Πάρκινσον, καρκίνο, λευχαιμία, πολιομυελίτιδα, δυστροφία μυών, κίρρωση του ήπατος, κύστη κόκκυγα, περιεδρικό συρίγγιο, αιμορροφιλία ή οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, ανωμαλία, ελάττωμα ή τραύμα;		
2. Υποβλήθηκατε ποτέ σε εγχειρήσεις;		

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
3. Ακολουθείτε οποιαδήποτε θεραπεία ή παίρνετε φάρμακα;		
4. Έχετε βρεθεί θετικός σε εξέταση για COVID-19;		
5. Έχετε κάνει ή σας συστήθηκε ποτέ να κάνετε εξετάσεις αίματος σχετικά με οποιαδήποτε ασθένεια από ιό (π.χ. αδενικό πυρετό, ηπατίτιδα, νόσο του ανοσοποιητικού συστήματος – AIDS ή άλλες σχετικές ασθένειες) ή για οποιαδήποτε νόσο που μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή; Εάν ναι, είχατε δεχθεί σχετική θεραπεία;		
6. Σας έκαναν ποτέ μετάγγιση αίματος τα τελευταία πέντε (5) χρόνια;		
7. Έχετε οποιαδήποτε μορφή αναπηρίας (π.χ. τύφλωση, κώφωση);		
8. Είχατε ποτέ ατυχήματα;		
9. Έχετε ποτέ πάρει ή παίρνετε τώρα οποιοδήποτε επίδομα ανικανότητας;		
10. Έχει απορριφθεί οποιαδήποτε αίτηση σας για ασφάλεια ζωής, υγείας ή προσωπικών ατυχημάτων ή έχει γίνει αποδεκτή με ειδικούς όρους ή Πρόσθετες Πράξεις/Εξαιρέσεις ή έχει διαφοροποιηθεί έστω και εάν δεν έχει προχωρήσει;		
11. Είχατε ποτέ οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα υγείας το οποίο δεν αναφέρεται πιο πάνω;		
12. Έχει κάποιος από τους γονείς ή αδέρφια σας προσβληθεί ή πεθάνει από διαβήτη, οποιαδήποτε μορφή καρδιοπάθειας, αγγειοπάθειας (ασθένεια κυκλοφορικού συστήματος), εγκεφαλική συμφόρηση, ασθένεια νεφρών, καρκίνο, κατά πλάκας σκλήρυνση, πνευματική ανωμαλία ή οποιαδήποτε κληρονομική ασθένεια; Εάν ναι, δηλώστε την ασθένεια και την ηλικία διάγνωσης.		
13. ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΟΝΟ ➤ Εάν είστε έγκυος, παρακαλούμε δηλώστε το μήνα κύησης που βρίσκεστε:		
14. Έχετε άλλη ασφάλεια με την CNP Cyprialife; ➤ Εάν ναι, δηλώστε τον αριθμό του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου		

ΠΡΟΣΟΧΗ:

Αν απαντήσατε ΝΑΙ ή αόριστα σε μια ή περισσότερες από τις παραπάνω ερωτήσεις, που αφορούν την κατάσταση της υγείας σας ή των Εξαρτωμένων Μελών των οποίων την ασφάλιση αιτείστε με την παρούσα αίτηση, παρακαλούμε σημειώστε στον πιο κάτω πίνακα, το όνομα του προσώπου που αφορά η θετική απάντηση, καθώς επίσης και λεπτομερείς σχετικές πληροφορίες (π.χ. πάθηση, ημερομηνία, διάρκεια, αποτελέσματα εξετάσεων, ονόματα ιατρών ή νοσοκομείου κ.α.) σημειώνοντας τον αριθμό της ερώτησης.

Δ. Πίνακας συμπληρωματικών δηλώσεων για τις θετικές απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο υγείας

Αρ. Ερώτησης	Όνομα υποψηφίου προς ασφάλιση	Συμπληρωματικές πληροφορίες για την θετική απάντηση

Ε. Ενημέρωση

Στα πλαίσια της ένταξης σας στο πιο πάνω Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο η CNP CYPRIALIFE LTD («Εταιρεία») προτίθεται να συλλέξει και να επεξεργαστεί τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, καθώς και αυτά και των ατόμων τα οποία κατονομάζονται στην Αίτηση σας. Η Εταιρεία ζητεί όσα δεδομένα είναι απαραίτητα και συναφή με τους σκοπούς εξέτασης της Αίτησης σας. Κάποια από τα δεδομένα σας θα διαβιβάζονται σε συνεργάτες της Εταιρείας (για παράδειγμα ιατρούς). Η Εταιρεία όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια τους. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να αποταθείτε στην Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της Εταιρείας, η οποία είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα μας. Παρακαλούμε όπως όπως τα **Μέρη Α, Β και Γ** που ακολουθούν, υπογραφούν από το Κυρίως Ασφαλιζόμενο Μέλος, τον/την σύζυγο και τα Εξαρτώμενα (αν ισχύει)

Ζ. Δήλωση καλής υγείας

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις που δόθηκαν πιο πάνω είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις και ότι δεν παρέλειψα να αναφέρω οποιοδήποτε ουσιώδες πληροφορίες ή γεγονότα που μπορούν επηρεάσουν την αποδοχή της Αίτησης αυτής από την Εταιρεία. Συμφωνώ ότι η Αίτηση θα αποτελέσει βάση για την ασφάλιση μου κάτω από το Ομαδικό Συμβόλαιο. Επίσης δηλώνω ότι έχω ενημερώσει τα άτομα, τα στοιχεία των οποίων περιέχονται σε αυτήν την Αίτηση, σχετικά με την παροχή από μέρους μου των προσωπικών τους δεδομένων στην CNP CYPRIALIFE LTD.

Υπογραφή Ασφαλιζόμενου:

Ημερομηνία: / /

Υπογραφή Εξαρτωμένου:

Υπογραφή Εξαρτωμένου:

Υπογραφή Εξαρτωμένου:

Υπογραφή Εξαρτωμένου:

ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

Παρατηρήσεις:

.....

Αποδοχή

Απόρριψη Υπογραφή Underwriter..... Ημερομηνία:/...../.....

Σκοπός συλλογής και επεξεργασίας

Η CNP CYPRIALIFE LIMITED («CNP CYPRIALIFE»), οι αντιπρόσωποι και συνεργάτες της, στα πλαίσια της παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών (στο πλαίσιο των οποίων περιλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, η εξέταση της αίτησης για ασφάλιση, τιμολόγηση και είσπραξη ασφαλιστρών, αξιολόγηση απαίτησης για καταβολή αποζημιώσεων) προτίθεται να συλλέξει και να υποβάλει σε επεξεργασία δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία αφορούν εσάς ή αφορούν ανήλικους εκ μέρους των οποίων συγκατατίθεστε ως κηδεμόνας. Είναι απαραίτητο να συλλέξουμε και να επεξεργαστούμε αυτά τα δεδομένα για να μπορέσουμε να σας παρέχουμε ασφαλιστικές υπηρεσίες.

Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της CNP CYPRIALIFE

Η CNP CYPRIALIFE όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια τους. Η Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της CNP CYPRIALIFE την οποία μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα www.cnpcyprialife.com περιέχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από μέρους μας και παρακαλούμε όπως διαβάσετε προσεκτικά.

Κατηγορίες Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Για την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε τις ακόλουθες κύριες κατηγορίες Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα:

- Προσωπικές πληροφορίες και πληροφορίες ταυτοποίησης,
- Χρηματοοικονομικές πληροφορίες και πληροφορίες τραπεζικών λογαριασμών,
- Πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας σας, και πληροφορίες για τον τρόπο ζωής σας,
- Οικογενειακό ιστορικό, για παράδειγμα το κατά πόσον κάποιος από τους γονείς σας ή τα αδέρφια σας έχει προσβληθεί από κάποια ασθένεια,
- Πληροφορίες οι οποίες λαμβάνονται μέσω της χρήσης της ιστοσελίδας μας, και των εφαρμογών λογισμικού (apps),
- Πληροφορίες τις οποίες παρέχετε στο πλαίσιο τηλεφωνικής κλήσης με την CNP CYPRIALIFE,
- Ασφαλιστικό ιστορικό,
- Πληροφορίες σχετικές για την αποτίμηση του ρίσκου ανάλογα με το προϊόν το οποίο σας ενδιαφέρει.

Ανάκληση συγκατάθεσης

Σε περίπτωση κατά την οποία επιθυμείτε να ανακαλέσετε την συγκατάθεση σας για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να μας ενημερώσετε γραπτώς στη διεύθυνση Ακροπόλεως 17, Στρόβολος, 2006 Λευκωσία, ΤΘ 20819, 1664 Λευκωσία ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@cnpcyprus.com. Παρακαλούμε όπως σημειωθεί ότι σε περίπτωση ανάκλησης της συγκατάθεσης σας, ενδεχομένως να μην είμαστε σε θέση να παρέχουμε σε εσάς τις ασφαλιστικές μας υπηρεσίες.

Δήλωση συγκατάθεσης

Έχω διαβάσει το περιεχόμενο αυτού του εντύπου το οποίο μου έχει παρασχεθεί από την CNP CYPRIALIFE LTD και συγκατατίθεμαι στην συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα τα οποία περιγράφονται πιο πάνω, για σκοπούς παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ασφαλιζομένου:.....

.....

Εξαρτωμένου:.....

.....

Εξαρτωμένου:.....

.....

Εξαρτωμένου:.....

.....

Ημερομηνία:.....

Άμεση εμπορική προώθηση

Επιθυμώ να ενημερώνομαι σχετικά με υπηρεσίες, προϊόντα ή σχέδια που θα προσφέρει η CNP CYPRIALIFE LTD από καιρό σε καιρό. Για τον σκοπό αυτό συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν από την CNP CYPRIALIFE LTD, με σκοπό την αποστολή αυτών των ενημερώσεων και επικοινωνιών.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ασφαλιζομένου:.....

.....

Εξαρτωμένου:.....

.....

Εξαρτωμένου:.....

.....

Εξαρτωμένου:.....

.....

Ημερομηνία:.....

Β. ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Με την παρούσα, εξουσιοδοτώ την CNP CYPRIALIFE LIMITED (εφεξής «Εταιρεία») όπως αποταθεί σε ιατρούς, επαγγελματίες υγείας, κλινικές και άλλους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι έχουν κατά καιρούς παρακολουθήσει ή περιθάλψει εμένα ή/και τα Εξαρτώμενα Πρόσωπα που περιλαμβάνονται στην Αίτηση για Ασφάλεια, καθώς και σε άλλες ασφαλιστικές εταιρείες στις οποίες έχω ή/και τα Εξαρτώμενα Πρόσωπα κατά καιρούς έχουν αποταθεί για ασφαλιστική κάλυψη, και να συλλέξει τις αναγκαίες ιατρικές πληροφορίες που αφορούν την φυσική ή πνευματική μου κατάσταση, ή/και την φυσική και πνευματική κατάσταση των Εξαρτωμένων Προσώπων, για τους σκοπούς της Αίτησης για Ασφάλεια καθώς και της διαχείρισης, εξυπηρέτησης και εκτέλεσης του Ασφαλιστήριου Συμβολαίου μέσω του οποίου παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη από την Εταιρεία.

Περαιτέρω, δια της παρούσης, εξουσιοδοτώ τους πιο πάνω αναφερόμενους, ιατρούς, επαγγελματίες υγείας, κλινικές, άλλους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικές εταιρείες όπως παρέχουν στην Εταιρεία τις αναγκαίες ιατρικές πληροφορίες που θα τους ζητηθούν από αυτή για τους πιο πάνω περιγραφόμενους σκοπούς.

Όνοματεπώνυμο**Υπογραφή**

Ασφαλιζομένου:.....

Εξαρτωμένου:.....

Εξαρτωμένου:.....

Εξαρτωμένου:.....

Ημερομηνία:

Γ. ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Όνομα Κυρίως Ασφαλιζομένου:.....

Όνομα Ιδιοκτήτη Ασφαλιστηρίου :

Σχέση με Ιδιοκτήτη Ασφαλιστηρίου:

(Υπάλληλος, μέλος Συνδέσμου / Σώματος / Οργανισμού)

Με την παρούσα, εξουσιοδοτώ τον πιο πάνω αναφερόμενο Ιδιοκτήτη του Ασφαλιστηρίου / Κυρίως Ασφαλιζόμενο (*) να επικοινωνεί με, και να παρέχει στην CNP CYPRIALIFE LIMITED (εφεξής «Εταιρεία»), εκ μέρους και για λογαριασμό μου, προσωπικά δεδομένα που με αφορούν, συμπεριλαμβανομένων δεδομένων που αφορούν την υγεία μου, για τους σκοπούς της Αίτησης για Ασφάλεια καθώς και της διαχείρισης, εξυπηρέτησης και εκτέλεσης του Ασφαλιστήριου Συμβολαίου μέσω του οποίου μου παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη από την Εταιρεία.

Περαιτέρω, δια της παρούσης, εξουσιοδοτώ την Εταιρεία να παρέχει στον Ιδιοκτήτη του Ασφαλιστηρίου / Κυρίως Ασφαλιζόμενο (*) προσωπικά δεδομένα που με αφορούν, συμπεριλαμβανομένων και δεδομένων υγείας, για τους πιο πάνω αναφερόμενους σκοπούς.

Όνοματεπώνυμο**Υπογραφή**

Ασφαλιζομένου:.....

Εξαρτωμένου:.....

Εξαρτωμένου:.....

Εξαρτωμένου:.....

Ημερομηνία:

(*) Αν ισχύει