



## Διεθνές Σχέδιο Υγείας MultiCare

### Αίτηση Συμμετοχής

Παρακαλούμε συμπληρώστε το έντυπο αυτό με Κεφαλαίους Χαρακτήρες και σημειώνοντας τα αντίστοιχα πλαίσια. Είναι σημαντικό να παρέχετε τα παρακάτω στοιχεία προκειμένου να αξιολογήσουμε κατάλληλα την αίτηση σας. Ως εκ τούτου, εάν δεν απαντήσετε στις ερωτήσεις, θα θεωρήσουμε ότι δεν έχετε τίποτα να δηλώσετε. **Η αίτηση αυτή θα πρέπει να συμπληρωθεί από εσάς με τον προσωπικό σας γραφικό χαρακτήρα. Αν χρειαστεί να κάνετε κάποια διόρθωση, παρακαλούμε όπως την μονογράψετε.**

Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

Ονοματεπώνυμο ολογράφως

Κωδικός Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

#### 1. Προσωπικά στοιχεία (παρακαλούμε όπως μας κρατάτε ενημερους για οποιαδήποτε αλλαγή διεύθυνσης)

Τίτλος	Επώνυμο	Πλήρης όνομα
Μόνιμη διεύθυνση κατοικίας		
Διεύθυνση αλληλογραφίας (Δηλώστε διεύθυνση αλληλογραφίας μόνο εάν επιθυμείτε να παραλαμβάνετε την αλληλογραφία σας σε άλλη διεύθυνση από αυτή της Μόνιμης Κατοικίας)		
Δηλώστε εάν επιθυμείτε η Διεύθυνση Αλληλογραφίας να εφαρμοστεί για όλα τα ασφαλιστήρια που έχετε με την Εταιρεία μας ή μόνο σε αυτό το ασφαλιστήριο. Για όλα τα Ασφαλιστήρια <input type="checkbox"/> Μόνο για αυτό το Ασφαλιστήριο <input type="checkbox"/>		
Ημερομηνία γέννησης	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>	Αριθμός ταυτότητας/Διαβατηρίου
Αριθμός τηλεφώνου	Αριθμός κινητού τηλεφώνου	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση	Επάγγελμα	
Επωνυμία εταιρείας/εργοδότη (σε περίπτωση ομαδικού σχεδίου)	Υπηκοότητα	
Χώρα όπου διαμένετε το μεγαλύτερο μέρος του έτους	Γλώσσα Αλληλογραφίας Ελληνικά <input type="checkbox"/> Αγγλικά <input type="checkbox"/>	Παρακαλούμε αναγράψετε το όνομα σας στα Αγγλικά

#### 2. Το σχέδιο της επιλογής σας

Η κάλυψη θα αρχίσει από την ημερομηνία που εμφανίζεται στην Κατάσταση Συμμετοχής σας, νοουμένου ότι η αίτηση συμμετοχής σας έχει παραληφθεί και έγινε αποδεκτή από εμάς.

Επιλέξτε το είδος του σχεδίου, το επίπεδο κάλυψης και την ζώνη που θέλετε και σημειώστε τα αντίστοιχα πλαίσια.

Σχέδιο	Premiere <input type="checkbox"/> Value Plus <input type="checkbox"/> *SmartStart <input type="checkbox"/> *Student Care <input type="checkbox"/> *(δεν διατίθεται για εταιρείες)
Επίπεδο Κάλυψης	**Βασική <input type="checkbox"/> **Η επιλογή της Βασικής κάλυψης δεν προσφέρεται στο SmartStart Ευρεία <input type="checkbox"/>
Προαιρετικό αφαιρετό ποσό Διαθέσιμο στην Βασική Κάλυψη στα σχέδια Premiere και Value Plus μόνο	Κανένα <input type="checkbox"/> €1,000 <input type="checkbox"/> €2,500 <input type="checkbox"/> €5,000 <input type="checkbox"/>
Ζώνη	1: Παγκόσμια <input type="checkbox"/> 2: Παγκόσμια εξαιρουμένων των Η.Π.Α, Καναδά και Ελβετίας <input type="checkbox"/>
Προαιρετικό Πακέτο Ωφελημάτων	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Είναι διαθέσιμο μόνο αν έχετε επιλέξει το σχέδιο Premiere με επίπεδο κάλυψης Ευρεία
Student Care Επιθυμώ να πληρώνω:	Χωρίς αφαιρετό <input type="checkbox"/> Αφαιρετό €85 <input type="checkbox"/> Αφαιρετό €170 <input type="checkbox"/> (Αφαιρετό ποσό ανά έτος. Επιλέξτε ένα πλαίσιο μόνο)

#### 3. Οποιοσδήποτε υφιστάμενος ή προηγούμενος αριθμός συμμετοχής

Αν υπήρξατε ποτέ μέλος ή είχατε κάνει αίτηση για να γίνετε μέλος κάποιου σχεδίου της Universal Life ή AXA PPP healthcare, θα πρέπει να το δηλώσετε.

Universal Life <input type="checkbox"/> AXA PPP healthcare <input type="checkbox"/>	Αριθμός:
---	----------

#### 4. Πληρωμή του Ασφαλιστρού σας

Συχνότητα και τρόπος πληρωμής (δεν ισχύει για μέλη ομαδικού σχεδίου)

Παρακαλούμε επιλέξτε ότι εφαρμόζεται

Ετησίως <input type="checkbox"/> Μηνιαίως <input type="checkbox"/> Επιταγή/Τραπεζική επιταγή <input type="checkbox"/> Αυτόματη Τραπεζική εντολή <input type="checkbox"/>	(μόνο για ετήσια πληρωμή)
--	---------------------------

## 5. Άλλα μέλη της οικογένειας που προτείνονται για κάλυψη

Τίτλος	Όνομα	Επώνυμο
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)		Ημερομηνία Γέννησης <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου	Υπηκοότητα	Διαμένει
Τίτλος	Όνομα	Επώνυμο
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)		Ημερομηνία Γέννησης <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου	Υπηκοότητα	Διαμένει
Τίτλος	Όνομα	Επώνυμο
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)		Ημερομηνία Γέννησης <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου	Υπηκοότητα	Διαμένει
Τίτλος	Όνομα	Επώνυμο
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)		Ημερομηνία Γέννησης <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου	Υπηκοότητα	Διαμένει

Για περισσότερα μέλη της οικογένειας σας, παρακαλούμε συνεχίστε σε ξεχωριστή αίτηση συμμετοχής αν χρειάζεται.

## 6. Απόρρητο Ιατρικό Ιστορικό (Οι δηλώσεις θα γράφονται ιδιοχειρώς πάνω στην αίτηση αυτή. Προφορικές δηλώσεις ΔΕΝ θα γίνονται αποδεκτές)

Παρακαλούμε να σημειώσετε: i) ΔΕΝ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΚΑΜΙΑ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΕΚΔΗΛΩΘΗΚΕ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ Ή Η ΟΠΟΙΑ ΗΤΑΝ ΔΥΝΑΤΟΝ ΝΑ ΠΡΟΒΛΕΦΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΤΙΓΜΗ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ, εκτός αν αυτή έχει δηλωθεί γραπτώς και έχει γίνει αποδεκτή από την Universal Life. ii) Αν δεν ενημερωθεί η Universal Life για κάποια ιατρική κατάσταση, ενδέχεται να απορριφθεί σχετική απαίτηση για καταβολή ωφελγημάτων ή να αποσυρθεί η κάλυψη. Αν έχετε αμφιβολίες για οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση, θα πρέπει να τη δηλώσετε. Παρακαλούμε όπως βεβαιωθείτε ότι αναφέρατε πλήρως όλες τις γνωστές ή πιθανές ιατρικές καταστάσεις και τυχόν συμπτώματα που εκδηλώθηκαν για όλους όσους συμπεριλαμβάνονται στην αίτηση. Αυτό ισχύει ακόμη και αν δεν έχουν απευθυνθεί σε ιατρό. Τυπικά παραδείγματα είναι κίρσοι, αλλεργίες, οσφυαλγία, παθήσεις των ποδιών όπως π.χ κάλοι, αιμορροΐδες, γυναικολογικά προβλήματα (συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών στην έμμηνο ρύση), επιπλοκές της κύησης όπως καισαρική τομή, πεπτικές δυσλειτουργίες, δερματικά προβλήματα, καρδιολογικά προβλήματα, προβλήματα στα άκρα, τους οφθαλμούς, τα 'νεύρα' κ.λπ., τυχόν προβλήματα στα αυτιά, τη μύτη ή το λάρυγγα, πόνοι, οιδήματα, όζοι ή πυρετός.

### Μέρος Α Πρέπει να δηλώσετε το ιατρικό σας ιστορικό, ακόμη και αν ήσασταν ασφαλισμένοι μαζί μας ή με άλλη εταιρεία στο παρελθόν.

Απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις, οι οποίες ισχύουν για το κάθε ένα από τα πρόσωπα που αναφέρονται. Απαντήστε την κάθε ερώτηση σημειώνοντας καθαρά ένα από τα αντίστοιχα πλαίσια Ναι/Όχι και συμπληρώνοντας τα στοιχεία όπου απαιτείται.	Αιτών/ούσα	1 <sup>ο</sup> μέλος οικογ.	2 <sup>ο</sup> μέλος οικογ.	3 <sup>ο</sup> μέλος οικογ.	4 <sup>ο</sup> μέλος οικογ.
	Όνομα	Όνομα	Όνομα	Όνομα	Όνομα
1. Νοσηλεύτηκατε σε νοσοκομείο ή κλινική ή είχατε κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα κατά τα τελευταία πέντε χρόνια;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
2. Συμβουλευτήκατε ειδικό/ιατρό ή υποβλήθηκατε σε οποιοδήποτε είδους διαγνωστικό έλεγχο υγείας κατά τα τελευταία πέντε χρόνια;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Είχατε αντιληφθεί οποιαδήποτε συμπτώματα χωρίς όμως να συμβουλευτείτε ιατρό;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Συμβουλευτήκατε ιατρό και/ή σας δόθηκαν φάρμακα κατόπιν συνταγής ή άλλη θεραπεία κατά τα τελευταία δύο χρόνια;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Υπάρχει κάποια χρόνια/μακροπρόθεσμη ιατρική ή οδοντιατρική κατάσταση ή υπάρχει οποιαδήποτε άλλη αναπηρία, αφύσικη κατάσταση ή επανεμφανιζόμενη ασθένεια ή τραυματισμός;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Υπάρχει κάποια γνωστή ή προβλέψιμη ανάγκη επίσκεψης σε ιατρό ή άλλο ιατρικό προμηθευτή;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Είχατε ποτέ υποβληθεί σε καισαρική τομή;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Είχατε ποτέ υποφέρει από οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση ή/και υποβλήθηκατε σε χειρουργική επέμβαση, κατά τη διάρκεια της ζωής σας, που μπορεί να επηρεάσει την υγεία σας στο μέλλον;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Παρακαλούμε σημειώστε το σημερινό ύψος σε μέτρα και το βάρος σε κιλά για τον κάθε αιτούντα.	..... m ..... kg	..... m ..... kg	..... m ..... kg	..... m ..... kg	..... m ..... kg

Πρέπει να δηλώσετε όλες τις καταστάσεις από τις οποίες τυχόν πάσχατε εσείς ή κάποιος άλλος από τους αιτούντες οποιαδήποτε στιγμή τη ζωής σας/τους και οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν την μελλοντική σας/τους υγεία. Αν έχετε αμφιβολίες κατά πόσο κάποια κατάσταση θα πρέπει να αναφερθεί στην αίτηση αυτή, θα πρέπει να τη δηλώσετε καλή τη πίστη.

**Επιφύλασσομαστε του δικαιώματός μας να ζητήσουμε Έκθεση Ιατρικής Εξέτασης (MER) από οποιονδήποτε από τους αιτούντες ο οποίος έπασχε από κάποια ιατρική κατάσταση γνωστή σε εμάς, η οποία όμως δεν δηλώθηκε στην αίτηση αυτή, καθώς και να αρνηθούμε την κάλυψη για την συγκεκριμένη μη δηλωθείσα ιατρική κατάσταση, εφόσον αυτή επιβεβαιωθεί από την Έκθεση Ιατρικής Εξέτασης. Ζητούμε Έκθεση Ιατρικής Εξέτασης για ορισμένες άλλες κατηγορίες αιτούντων και, εφόσον μας ζητηθεί, μπορούμε να σας διαθέσουμε ένα αντίγραφο της πολιτικής που εφαρμόζουμε σχετικά με το θέμα αυτό.**

## Μέρος Β (Παρακαλούμε συνεχίστε σε ξεχωριστή αίτηση συμμετοχής αν χρειάζεται)

Το μέρος αυτό πρέπει να συμπληρωθεί αν απαντήσατε στις ερωτήσεις του Μέρους Α με 'Ναί'. Παρακαλούμε δηλώστε όλες τις ιατρικές καταστάσεις (ή τα αδιάγνωστα συμπτώματα) τις οποίες αφορούν αυτές οι απαντήσεις. Χρησιμοποιήστε το μέρος 3 για να τις αναφέρετε ξεχωριστά και αναγράψτε επίσης τις επιπλέον λεπτομερείς πληροφορίες που απαιτούνται στα μέρη 4 έως 6.

1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς	2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α	1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς	2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α
3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπείας που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε Μήνας Έτος Διάρκεια	3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπείας που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε Μήνας Έτος Διάρκεια
5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας	5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας
1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς	2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α	1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς	2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α
3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπείας που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε Μήνας Έτος Διάρκεια	3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπείας που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε Μήνας Έτος Διάρκεια
5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας	5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας
1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς	2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α	1. Ονοματεπώνυμο ασθενούς	2. Σχετική ερώτηση Μέρους Α
3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπείας που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε Μήνας Έτος Διάρκεια	3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπείας που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε Μήνας Έτος Διάρκεια
5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας	5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας

## 7. Υπογραφή και Δήλωση

### Δήλωση:

Δηλώνω ότι, εξ όσων γνωρίζω και πιστεύω, οι δηλώσεις στην παρούσα Αίτηση Συμμετοχής είναι πλήρεις, αληθείς και ορθές, καθώς και ότι θα αναγνώσω τη συμφωνία συμμετοχής του Διεθνούς Σχεδίου Υγείας MultiCare της Ασφαλιστικής εταιρείας Universal Life Insurance Public Company Limited όταν την παραλάβω και συμφωνώ να δεσμευτώ από αυτήν. Σε περίπτωση οποιασδήποτε διαφωνίας, αποδέχομαι να ακολουθήσω αρχικά την Διαδικασία Υποβολής Παραπόνων της εταιρείας Universal Life. Συμφωνώ η αποδοχή της αίτησής μου να γίνει στη βάση των δηλώσεων αυτών.

Υπογραφή	Όνομα Ολογράφως	Ημερομηνία
----------	-----------------	------------

**Παρακαλούμε σημειώστε:** Σας συνιστούμε να κρατήσετε το αρχείο των πληροφοριών που παρέχονται σε σχέση με την αίτηση αυτή, συμπεριλαμβανομένων και των επιστολών που θα μας αποστείλετε. Αν επιθυμείτε ένα αντίγραφο της αίτησής αυτής, ενημερώστε μας σχετικά εντός 90 ημερών. Αφού συμπληρώσετε αυτήν την αίτηση συμμετοχής και υπογράψετε την δήλωση, στείλτε την αίτησή σας στη διεύθυνση:

**Τμήμα Διαχείρισης Ασφαλιστηρίων MultiCare, Universal Life, Τ.Θ 21270, 1505 Λευκωσία, Κύπρος.**

## 8. Συγκατάθεση για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Η Ασφαλιστική Εταιρεία Universal Life Insurance Public Co Limited (που στο εξής θα αναφέρεται σαν η "Universal") με έδρα τη Λεωφόρο Διγενή Ακρίτα, Αρ. 85, 1070 στη Λευκωσία έχει ετοιμάσει την παρούσα συγκατάθεση στα πλαίσια και σύμφωνα με τον Κανονισμό 2016/679 της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων και τον περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) νόμο (138(I)/2001) όπως αυτός τροποποιείται από καιρού εις καιρόν (εφεξής: «Νόμος»).

Η Universal Life δεσμεύεται να προστατεύει τα προσωπικά δεδομένα κάθε Αιτητή ασφαλιστικής κάλυψης (εφεξής: «Αιτητής») τα οποία θα τύχουν συλλογής και επεξεργασίας για προκαθορισμένους σκοπούς.

### Ορισμοί

«**Δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα**» ή «**δεδομένα**» σημαίνει κάθε πληροφορία που αναφέρεται σε Αιτητή που βρίσκεται εν ζωή.

«**Ειδικές κατηγορίες δεδομένων ή ευαίσθητα δεδομένα**» σημαίνει τα δεδομένα Αιτητή που αφορούν τη φυλετική ή εθνική προέλευση, τα πολιτικά φρονήματα, τις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις, τη συμμετοχή σε ένωση, σωματείο ή συνδικαλιστική οργάνωση, την υγεία, την ερωτική ζωή και ερωτικό προσανατολισμό, καθώς και τα σχετικά με ποινικές διώξεις ή καταδίκες.

«**Επεξεργασία**» ή «**επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα**» σημαίνει κάθε εργασία ή σειρά εργασιών που πραγματοποιείται με ή χωρίς τη βοήθεια αυτοματοποιημένων μεθόδων και που εφαρμόζεται σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και περιλαμβάνει τη συλλογή, καταχώρηση, οργάνωση, διατήρηση, αποθήκευση, τροποποίηση, εξαγωγή, χρήση, διαβίβαση, διάδοση ή κάθε άλλης μορφής διάθεση, τη συσχέτιση ή το συνδυασμό, τη διασύνδεση, το κλείδωμα, τη διαγραφή ή την καταστροφή.

## 8. Συγκατάθεση για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων συνέχεια

### Σκοπός Επεξεργασίας

Η Universal θα επεξεργάζεται τα δεδομένα για έναν ή περισσότερους από τους πιο κάτω σκοπούς:

1. Έκδοση και διαχείριση ασφαλιστικής σύμβασης (εφεξής: «Ασφαλιστήριο») το οποίο περιλαμβάνει μεταξύ άλλων, εκτίμηση και αποδοχή κινδύνου, καθορισμό ασφαλιστρών, είσπραξη ασφαλιστρών, τόκων και δόσεων δανείου ή άλλων οφειλών, εξέταση απαιτήσεων, αιτήσεων δανειοδότησης, αντασφάλιση, εκχώρηση σε άλλο οργανισμό.
2. Έρευνα ή στατιστική ανάλυση.

### Απόρρητο και Ασφάλεια Επεξεργασίας

Η Universal λαμβάνει όλα τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα για την ασφάλεια των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση ή πρόσβαση και κάθε άλλη μορφή αθέμιτης επεξεργασίας.

### Αποδέκτες και Διαβίβαση Δεδομένων στο Εξωτερικό

Οι αποδέκτες των δεδομένων είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού της Universal και/ή συμβεβλημένων εταιρειών/προσώπων με τη Universal οι οποίες τηρούν ικανοποιητικό επίπεδο προστασίας του απόρρητου και ασφάλειας επεξεργασίας. Αποδέκτες μπορεί να είναι και οι ιατροί οι οποίοι έχουν εξετάσει ή θα εξετάσουν τον Αιτητή καθώς και το αρμόδιο προσωπικό των κλινικών/ιδιωτικών γραφείων τους, όπως επίσης ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής του Αιτητή ο οποίος είναι συμβεβλημένος με τη Universal και το αρμόδιο προσωπικό οποιασδήποτε αντασφαλιστικής εταιρείας η οποία είναι συμβεβλημένη με τη Universal.

Για τους πιο πάνω σκοπούς η Universal ενδέχεται να διαβιβάζει τα δεδομένα σε άλλες χώρες εντός και εκτός Ε.Ε. Οι εν λόγω διαβιβάσεις θα πραγματοποιούνται εντός των πλαισίων που θέτει ο Νόμος και μετά τις αναγκαίες κοινοποιήσεις στις αρμόδιες αρχές.

Η Universal Life αναλαμβάνει τον κίνδυνο και διαχειρίζεται το ασφαλιστήριο σας, με την υποστήριξη της AXA - Global Healthcare (UK) εκ μέρους του αντασφαλιστή της Universal Life, AXA PPP healthcare Limited.

Αντιλαμβάνομαι ότι οι πιο κάτω εταιρείες ενδέχεται να επικοινωνήσουν, αν αυτό είναι απολύτως αναγκαίο, με τον ή τους ιατρούς μου/μας και/ή οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία, για περισσότερες λεπτομέρειες αναφορικά με το ιατρικό ιστορικό μου/μας και εξουσιοδοτώ τον ή τους ιατρούς μου/μας και οποιοσδήποτε οντότητες να αποδεσμεύσουν οποιαδήποτε πληροφορία. Σε αυτή την περίπτωση θα προηγηθεί σχετική ενημέρωση μου.

**Παρακαλούμε σημειώστε (✓)** Universal Life  AXA PPP healthcare Limited  AXA Global Healthcare (UK)

Σε περίπτωση που δεν δώσετε την συγκατάθεση σας ενδέχεται να επηρεαστεί ο τρόπος που θα διαχειριστούμε το ασφαλιστήριο σας.

### Δικαίωμα Αιτητή

Σε περίπτωση κατά την οποία ο Αιτητής επιθυμεί να έχει περαιτέρω πληροφόρηση σχετικά με τα δεδομένα τα οποία διατηρεί η Universal ή εάν επιθυμεί να εξασκήσει το δικαίωμα στη φορητότητα, και/ή πρόσβασης στα δεδομένα, και/ή διόρθωσης, και/ή διαγραφής, και/ή περιορισμό της επεξεργασίας, και/ή αντίρρησης στην επεξεργασία, οποιονδήποτε εκ των δεδομένων του/της, και/ή να ανακαλέσει τη συγκατάθεση του/της οποτεδήποτε, μπορεί να αποταθεί γραπτώς στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: [personaldata@unilife.com.cy](mailto:personaldata@unilife.com.cy).

### Δήλωση

Έχω διαβάσει και ενημερωθεί για το πιο πάνω περιεχόμενο και δίδω ελεύθερα και με πλήρη επίγνωση τη ρητή συγκατάθεση μου για επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα μου, ευαίσθητων και μη, σύμφωνα με τις πρόνοιες του Νόμου και για τους σκοπούς οι οποίοι περιγράφονται στην πιο πάνω παράγραφο «Σκοπός Επεξεργασίας».

Υπογραφή:	Όνοματεπώνυμο:	Ημερομηνία:
-----------	----------------	-------------

### ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ, ΣΧΕΔΙΩΝ Ή ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

- Συμφωνώ και αποδέχομαι να μου αποστέλλονται πληροφορίες σχετικά με την προώθηση προϊόντων, σχεδίων ή υπηρεσιών της Universal.  
 Δεν συμφωνώ να μου αποστέλλονται πληροφορίες σχετικά με την προώθηση προϊόντων, σχεδίων ή υπηρεσιών της Universal.

Υπογραφή:	Ημερομηνία:
-----------	-------------

### Αποκλειστικά για χρήση από τη Universal Life

#### Σχόλια ιατρικού συμβούλου

Υπογραφή ιατρικού συμβούλου

#### Αξιολόγηση κινδύνου

(Ειδικοί όροι ανάληψης κινδύνου που αφορούν αυτή την αίτηση)

Υπογραφή Underwriter