

Σχέδιο Υγείας MultiCare Essential

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 αίτησή 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. Εσείς ή/και τυχόν εξαρτώμενά σας πρέπει να είναι μεταξύ 90 ημερών μέχρι 60 ετών (συμπεριλαμβανομένων) για να μπορείτε να υποβάλετε αίτηση για το σχέδιο αυτό.**

Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή
Ονοματεπώνυμο ολογράφως
Κωδικός Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή
Για σκοπούς παραγωγής, συστήθηκε από

1. Προσωπικά στοιχεία κυρίως ασφαλιζομένου (Κάτοχος ασφαλιστηρίου) (παρακαλούμε όπως μας κρατάτε ενήμερους 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 ☐ Μόνο για αυτό το Ασφαλιστήριο ☐		
Ημερομηνία γέννησης	H H M M E E E E	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 ☐ Αγγλικά ☐	Παρακαλούμε αναγράψετε το ονοματεπώνυμό σας στα Αγγλικά

2. Τα ωφελήματα 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 την ζώνη που θέλετε και σημειώστε το αντίστοιχο πλαίσιο:

Ζώνη	1: Παγκόσμια (εξαιρουμένων των χωρών με οικονομικές κυρώσεις) ☐
	2: Παγκόσμια εξαιρουμένων των Η.Π.Α, Καναδά και Ελβετίας (εξαιρουμένων των χωρών με οικονομικές κυρώσεις) ☐

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 Health / AXA PPP healthcare, θα πρέπει να το δηλώσετε.

Universal Life ☐	AXA Health / AXA PPP healthcare ☐	Αριθμός:
---	--	----------

4. Πληρωμή του Ασφαλίστρου σας

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

Παρακαλούμε επιλέξτε ότι εφαρμόζεται:

Ετησίως ☐	Μηνιαίως ☐	Επιταγή/Τραπεζική επιταγή (μόνο για ετήσια πληρωμή) ☐	Αυτόματη Τραπεζική εντολή ☐
----------------------------------	-----------------------------------	--	--

5. Άλλα μέλη της οικογένειας που προτείνονται για κάλυψη

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα πιο κάτω εκ μέρους όλων των εξαρτωμένων που θέλετε να καλυφθούν κάτω από το σχέδιο.

Τίτλος	Ονοματεπώνυμο στα Ελληνικά	Ονοματεπώνυμο στα Αγγλικά
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)	Ημερομηνία Γέννησης H H M M E E E E	
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου	Υπηκοότητα	Διαμένει
Τίτλος	Ονοματεπώνυμο στα Ελληνικά	Ονοματεπώνυμο στα Αγγλικά
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)	Ημερομηνία Γέννησης H H M M E E E E	
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου	Υπηκοότητα	Διαμένει

5. Άλλα μέλη της οικογένειας που προτείνονται για κάλυψη (συνέχεια)

Τίτλος	Ονοματεπώνυμο στα Ελληνικά	Ονοματεπώνυμο στα Αγγλικά
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)	Ημερομηνία Γέννησης H H M M E E E E	
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου	Υψηκοότητα	Διαμένει
Τίτλος	Ονοματεπώνυμο στα Ελληνικά	Ονοματεπώνυμο στα Αγγλικά
Συγγένεια με εσάς (σύντροφος, υιός/κόρη)	Ημερομηνία Γέννησης H H M M E E E E	
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου	Υψηκοότητα	Διαμένει

Για να προσθέσετε περισσότερα μέλη της οικογένειας, συνεχίστε σε ξεχωριστό έντυπο αίτησης, εάν είναι απαραίτητο.

6. Απόρρητο ιατρικό ιστορικό (Οι δηλώσεις πρέπει να γράφονται ιδιοχέρως πάνω σε αυτήν την αίτηση. ΔΕΝ θα γίνονται αποδεκτές προφορικές δηλώσεις.)

Παρακαλούμε σημειώστε: (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 ωφελημάτων ή να τροποποιηθεί ή τερματιστεί 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 στο μέρος 5 αυτής της αίτησης. Αυτό ισχύει ακόμη και αν δεν ζητήσατε, εσείς ή τα εξαρτώμενα, ιατρική συμβουλή ή θεραπεία, και ανεξάρτητα από το εάν έγινε κάποια διάγνωση. Πρέπει να δηλώσετε όλες τις καταστάσεις από τις οποίες τυχόν πάσχατε εσείς ή κάποιο μέλος που αναγράφεται στο μέρος 5, οποιαδήποτε στιγμή της 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. Θα θεωρούσαμε οποιαδήποτε τέτοια κατάσταση ως Προϋπάρχουσα.

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

Παρακαλούμε συμπληρώστε το μέρος Α και Β όσον αφορά εσάς και όλα τα εξαρτώμενά σας.

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.	Απών/ούσα	1 ^ο μέλος οικογ.	2 ^ο μέλος οικογ.	3 ^ο μέλος οικογ.	4 ^ο μέλος οικογ.
	Όνομα	Όνομα	Όνομα	Όνομα	Όνομα
1. Χειρουργήκατε, νοσηλεύτηκατε σε νοσοκομείο ή κλινική ή είχατε κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα;	Ναι Όχι	Ναι Όχι	Ναι Όχι	Ναι Όχι	Ναι Όχι
2. Συμβουλευτήκατε κάποιον ειδικό/ιατρό ή υποβλήθήκατε ποτέ σε οποιονδήποτε διαγνωστικό έλεγχο υγείας ή είχατε αντιληφθεί οποιαδήποτε συμπτώματα ή έχετε λάβει ιατρική συμβουλή (είτε έχετε διαγνωστεί είτε όχι) για καρκίνο, έμφραγμα του μυοκαρδίου, πόνο στο στήθος, ανατομικές ανωμαλίες της καρδιάς, διαβήτη, υπερλιπιδαιμία, υψηλή αρτηριακή πίεση, εγκεφαλικό ανεύρυσμα / εγκεφαλικό επεισόδιο ή ανεπάρκεια ζωτικών οργάνων;					
3. Τα τελευταία 5 χρόνια, σας έχει συμβουλευθεί οποιοσδήποτε ιατρός να πάρετε φάρμακα για συνεχή περίοδο άνω των 2 εβδομάδων;					
4. Σκοπεύετε να ζητήσετε ή έχετε συμβουλευτεί από ιατρό/ειδικό να πάρετε ιατρική περίθαλψη για οποιαδήποτε κατάσταση υγείας ή περιμένετε αποτελέσματα τυχόν ιατρικών/διαγνωστικών εξετάσεων;					
5. Για εξαρτώμενο τέκνο (μέχρι 3 ετών), παρακαλούμε όπως απαντήσετε στις ακόλουθες ερωτήσεις: α) Ήταν το νεογνό πρόωπο (δηλ. λιγότερο από 37 εβδομάδες κύησης); β) Υπήρξαν σημαντικά γεγονότα, συμπεριλαμβανομένων δυσκολιών κατά τη διάρκεια της γέννας ή κατά τη γέννηση, καρδιακών προβλημάτων, αναπνευστικών διαταραχών, παρατεταμένου νεογνικού ίκτερου ή συγγενών ανωμαλιών;					
6. Εκτός από τις ιατρικές καταστάσεις για τις οποίες μας έχετε ήδη δηλώσει, έχετε ενημερωθεί: (α) Για τυχόν μη φυσιολογικά αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων ή τυχόν διαγνωστικές εξετάσεις (συμπεριλαμβανομένων των αυτοχορηγούμενων) που δεν έχουν ολοκληρωθεί; (β) Ότι χρειάζεται να υποβληθείτε σε οποιαδήποτε θεραπεία, χειρουργική επέμβαση, νοσηλεία ή ιατρική εξέταση που δεν έχει ολοκληρωθεί; γ) Ότι χρειάζεται να απευθυνθείτε σε ειδικό ιατρό και δεν το έχετε πράξει ακόμη;					
7. Καπνίζετε περισσότερα από τριάντα (30) τσιγάρα την ημέρα;					
8. Έχει η βιολογική σας μητέρα, ο βιολογικός σας πατέρας ή οποιαδήποτε αδελφή ή αδελφός σας διαγνωστεί πριν από την ηλικία των 60 ετών με οποιεσδήποτε από τις ακόλουθες ιατρικές καταστάσεις: Καρκίνο (π.χ. παχέος εντέρου, μαστού, ωοθηκών ή άλλης περιοχής), καρδιακή νόσο / καρδιολογικά προβλήματα (π.χ. καρδιακή προσβολή), εγκεφαλικό επεισόδιο, διαβήτη, πολυκυστική νεφρική νόσος, οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση ή οποιεσδήποτε άλλες κληρονομικές ή οικογενείς ιατρικές καταστάσεις; Εάν ναι, παρακαλείσθε να παράσχετε λεπτομέρειες σχετικά με την ακριβή φύση της ασθένειας (π.χ. καρκίνο του μαστού, καρκίνο του παχέος εντέρου ή καρδιακή προσβολή κ.λπ.) καθώς και την ηλικία που εκδηλώθηκε.					
9. Έχει ποτέ απορριφθεί/αναβληθεί/δίνει αποδεκτή με ειδικούς όρους αίτηση σας για ασφάλεια Ζωής, Υγείας, Σοβαρών Ασθενειών ή Ανικανότητας;					
10. Παρακαλούμε σημειώστε το σημερινό ύψος σε μέτρα και το βάρος σε κιλά για εσάς και για το κάθε μέλος που αναφέρεται στο μέρος 5.	 m kg	 m kg	 m kg	 m kg	 m kg

Επιφύλασσάμαστε 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 'Ναι'. 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 θεραπειάς που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε ΜήναςΈτοςΔιάρκεια	3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπειάς που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε ΜήναςΈτοςΔιάρκεια
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 θεραπειάς που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε ΜήναςΈτοςΔιάρκεια	3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπειάς που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε ΜήναςΈτοςΔιάρκεια
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 θεραπειάς που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε ΜήναςΈτοςΔιάρκεια	3. Φύση ασθένειας/ανικανότητας και θεραπειάς που χορηγήθηκε	4. Πότε η θεραπεία χορηγήθηκε ΜήναςΈτοςΔιάρκεια
5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας	5. Ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία ή επίσκεψη	6. Παρούσα κατάσταση υγείας

Οικογενειακό Ιατρικό Ιστορικό: Εάν απαντήσατε «Ναι» στην ερώτηση 8 του μέρους Α, παρακαλούμε συμπληρώστε τον ακόλουθο πίνακα με την ακριβή φύση της ασθένειας, π.χ. διαβήτη, καρδιακή πάθηση, καρκίνος - συγκεκριμένος τύπος καρκίνου κ.λπ.

Όνομα μέλους	Σχέση του μέλους της οικογένειας που διαγνώστηκε/ νόσησε με το ασφαλισμένο μέλος (π.χ. πατέρας, μητέρα, αδελφός, αδελφή κ.λπ.)	Διάγνωση/ιατρική κατάσταση (π.χ. διαβήτη, καρδιαγγειακά κ.λπ.) (εάν πρόκειται για καρκίνο, προσδιορίστε τον τύπο)	Ηλικία του μέλους της οικογένειας που έχει διαγνωστεί/νοσήσει	
			Ηλικία κατά την νόσηση/ διάγνωση	Σημερινή ηλικία (εάν ζει)

7. Υπογραφή και Δήλωση Κυρίως Ασφαλισμένου και Ενήλικων Εξαρτώμενων

Με την υπογραφή του πιο κάτω, ο Κυρίως Ασφαλισμένος συμφωνεί με τις πιο κάτω δηλώσεις εκ μέρους του/της και για τυχόν ανήλικα και ενήλικα εξαρτώμενα πρόσωπα για τα οποία έχει υποβάλει αίτηση για κάλυψη. Κάθε ενήλικας εξαρτώμενος για τον οποίο έχει υποβληθεί αίτηση για κάλυψη θα πρέπει επίσης να υπογράψει και να δηλώσει τη συμφωνία του με τις πιο κάτω δηλώσεις.

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι εξ' όσο γνωρίζω και πιστεύω οι δηλώσεις σε αυτή την αίτηση είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Καταλαβαίνω ότι εάν δεν παρέχω τις πληροφορίες που ζητούνται σε αυτή την αίτηση, οποιαδήποτε απαίτηση για ωφελήματα μπορεί να απορριφθεί ή/και η κάλυψή μου βάσει αυτού του ασφαλιστηρίου μπορεί να τροποποιηθεί ή να τερματιστεί.

Επιβεβαιώνω ότι θα αναγνώσω τη συμφωνία συμμετοχής του Σχεδίου Υγείας MultiCare Essential της Universal Life Insurance Public Company Limited όταν την παραλάβω και ότι συμφωνώ να δεσμευτώ από αυτήν.

Κατανόω ότι τα προσωπικά μου στοιχεία θα υποβληθούν σε επεξεργασία σύμφωνα με τη δήλωση προστασίας δεδομένων πιο κάτω. Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει αυτή τη δήλωση προστασίας δεδομένων και αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των προσωπικών μου στοιχείων είναι απαραίτητη για τη διαχείριση και την εκτέλεση του ασφαλιστηρίου.

Συμφωνώ ότι η αποδοχή αυτής της αίτησης θα γίνει με βάση αυτές τις δηλώσεις.

Υπογραφή Κυρίως Ασφαλισζομένου	Όνομα Ολογράφως	Ημερομηνία
Υπογραφή Ενήλικων Εξαρτώμενων	Όνομα Ολογράφως	

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

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

Universal Life 3

8. Δήλωση Προστασίας Δεδομένων και Συγκατάθεση για την Επεξεργασία Ειδικών Κατηγοριών Δεδομένων

H Universal Life Insurance Public Co Limited (εφεξής καλούμενη «εμείς», «εμάς» ή «μας» αντίστοιχα), είναι αδειοδοτημένη ασφαλιστική εταιρεία με αριθμό εγγραφής HE2895 και το εγγεγραμμένο γραφείο της βρίσκεται στην Λεωφόρο Διγενή Ακρίτα 85, 1070 Λευκωσία. Η δήλωση προστασίας δεδομένων που παρτίθεται πιο κάτω, παρέχεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων της ΕΕ Κανονισμός 2016/679 (εφεξής «ΓΚΠΔ»), και του Νόμου για την Προστασία των Φυσικών Προσώπων έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών (125(I)/2018) και τυχόν κατά καιρούς τροποποιήσεις (εφεξής κοινώς «Νόμος»).

Η δήλωση προστασίας δεδομένων ισχύει για κάθε φυσικό πρόσωπο του οποίου οι πληροφορίες παρέχονται σε αυτή τη αίτηση για σκοπούς παροχής ασφαλιστικής κάλυψης και η αναφορά μας σε «εσείς» ή «σας» περιλαμβάνει αναφορά στον Κυρίως Ασφαλισμένο και στα ανήλικα ή/και ενήλικα εξαρτώμενα άτομα για τα οποία ζητείται κάλυψη. Ακολουθεί μια σύντομη επισκόπηση του τρόπου συλλογής των προσωπικών δεδομένων και πως αυτά επεξεργάζονται. Περισσότερες λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας μπορείτε να βρείτε στην πλήρη δήλωση προστασίας δεδομένων που είναι διαθέσιμη στον ιστότοπο μας στη διεύθυνση www.universallife.com.cy.

Μπορούμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι τα προσωπικά σας στοιχεία είναι υψίστης σημασίας για εμάς και δεσμευόμαστε να εξασφαλίσουμε την προστασία τους.

Ορισμοί
«προσωπικά δεδομένα» ή **«προσωπικά σας στοιχεία»** σημαίνει κάθε πληροφορία που σχετίζεται με εσάς όσο είστε εν ζωή.
«επεξεργασία» ή **«επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα»** σημαίνει οποιαδήποτε εργασία ή σειρά εργασιών που λαμβάνει χώρα με ή χωρίς τη χρήση αυτοματοποιημένων μεθόδων και εφαρμόζεται σε προσωπικά δεδομένα, και περιλαμβάνει τη συλλογή, καταγραφή, οργάνωση, διατήρηση, αποθήκευση, τροποποίηση, εξαγωγή, χρήση, μετάδοση, διάδοση ή οποιαδήποτε άλλη μορφή διάθεσης, συσχέτισης ή συνδυασμό, διασύνδεσης, μπλοκάρισμα, διαγραφή ή καταστροφή.

Κατηγορίες Προσωπικών Δεδομένων
Επεξεργαζόμαστε τις ακόλουθες κατηγορίες προσωπικών δεδομένων: γενικά προσωπικά δεδομένα, όπως τα στοιχεία επικοινωνίας και τα στοιχεία ταυτότητάς σας, και ειδικές κατηγορίες δεδομένων, συγκεκριμένα δεδομένα που αφορούν την υγεία σας.

Πώς συλλέγουμε τα προσωπικά σας δεδομένα
Συλλέγουμε τα προσωπικά δεδομένα από εσάς και από ορισμένα τρίτα μέρη που έχετε εξουσιοδοτήσει να μας παρέχουν πληροφορίες (π.χ. ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής σας, πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης).

Νομική Βάση και Σκοπός Επεξεργασίας
Θα επεξεργαστούμε τα προσωπικά δεδομένα σας για έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους σκοπούς:

- Εκτέλεση ασφαλιστηρίου συμβολαίου («το ασφαλιστήριο») που περιλαμβάνει, την έκδοση και διαχείριση του ασφαλιστηρίου, καθώς και την εκτέλεση αιτημάτων από τον ιδιοκτήτη του ασφαλιστηρίου.
- Η συμμόρφωση μας με νομική υποχρέωση, όπου η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων πραγματοποιείται για σκοπούς συμμόρφωσης με υποχρεώσεις που απορρέουν από το νομικό πλαίσιο που μας δέσπει (π.χ. συμμόρφωση με τους κανονισμούς κυρώσεων).
- Εάν η επεξεργασία είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση των εννομιων συμφερόντων μας ή τρίτων μερών, όταν αυτό δεν επηρεάζει αρνητικά τα δικαιώματά σας (π.χ. έρευνα και στατιστικές αναλύσεις, μέτρα για τη διασφάλιση της ασφάλειας των συστημάτων και της περιουσίας μας ή για την πρόληψη εγκληματικών ή κακόβουλων πράξεων ή παραβάσεων).
- Εάν έχετε δώσει τη συγκεκριμένη συγκατάθεση σας για μια τέτοια επεξεργασία, π.χ. για την επεξεργασία δεδομένων που αφορούν την υγεία σας ή για σκοπούς προώθησης των προϊόντων μας, συμβολαίων ή υπηρεσιών.

Εμπιστευτικότητα και Ασφάλεια Επεξεργασίας
Σας διαβεβαιώνουμε ότι λαμβάνουμε όλα τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα για την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων και την προστασία από τυχαία ή παράνομη καταστροφή, τυχαία απώλεια, τροποποίηση, μη εξουσιοδοτημένη διάδοση ή πρόσβαση και οποιαδήποτε άλλη μορφή παράνομης επεξεργασίας.

Διατήρηση Προσωπικών Δεδομένων
Επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά δεδομένα για όσο διάστημα το ασφαλιστήριο παραμένει σε ισχύ. Με τον τερματισμό του ασφαλιστηρίου, θα διατηρήσουμε τα προσωπικά σας στοιχεία για περαιτέρω χρονική περίοδο όπως έχει οριστεί στην πλήρη δήλωση προστασίας δεδομένων που είναι διαθέσιμη στον ιστότοπό μας www.universallife.com.cy

Παραλήπτες και Διαβίβαση Προσωπικών Δεδομένων στο Εξωτερικό
Οι αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων είναι το εξουσιοδοτημένο προσωπικό μας ή/και οποιοδήποτε τρίτο μέρος που έχει συμφωνία συνεργασίας μαζί μας και διατηρεί ικανοποιητικά επίπεδα απορρήτου προστασίας και ασφάλειας επεξεργασίας. Αποδέκτες μπορεί επίσης να είναι γιατροί που έχουν εξετάσει ή θα σας εξετάσουν για τους σκοπούς αυτής της αίτησης, ο ασφαλιστικός σας διαμεσολαβητής ο οποίος έχει συμφωνία συνεργασίας μαζί μας, και το αρμόδιο προσωπικό οποιασδήποτε αντασφαλιστικής εταιρείας η οποία έχει συμφωνία συνεργασίας μαζί μας. Για ενήλικα εξαρτώμενα άτομα για τα οποία ο Κυρίως Ασφαλισμένος έχει υποβάλει αίτηση για κάλυψη, ο παραλήπτης των προσωπικών σας στοιχείων είναι επίσης ο Κυρίως Ασφαλισμένος.

Για την παροχή και διαχείριση αυτού του συμβολαίου, συνεργαζόμαστε και υποστηρίζουμε από την AXA Global Healthcare Group. Ως εκ τούτου, αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων είναι επίσης και ικανό προσωπικό του Ομίλου AXA Global Healthcare, ο οποίος αποτελείται από την AXA Global Healthcare (UK) Limited και τις θυγατρικές της ανά το παγκόσμιο (εφεξής «Όμιλος AXA »). Οποιαδήποτε δεδομένα διαβιβάζονται εντός του Ομίλου AXA, γίνεται σύμφωνα με τις απαιτήσεις του GDPR.

Οποιαδήποτε περαιτέρω διαβίβαση των προσωπικών σας στοιχείων εκτός ΕΕ, γίνεται σύμφωνα με το Νόμο και εφαρμόζονται ειδικές δικλίδες ασφαλείας ώστε να διασφαλιστεί ότι η προστασία που προβλέπει ο Νόμος, μεταφέρεται με αυτά τα δεδομένα.

Αυτοματοποιημένη Λήψη Αποφάσεων και Κατάρτιση Προφίλ
Προς το παρόν και για τους σκοπούς της εφαρμογής του ασφαλιστηρίου, δεν χρησιμοποιούμε αυτοματοποιημένα μέσα για τη λήψη αποφάσεων ή για τη δημιουργία προφίλ.

Τα Δικαιώματά σας
Έχετε το δικαίωμα ανά πάσα στιγμή να ζητήσετε περαιτέρω πληροφορίες για τα προσωπικά δεδομένα που διατηρούμε και να ζητήσετε να διορθώσουμε, διαγράψουμε ή περιορίσουμε την επεξεργασία (υπό ορισμένες περιστάσεις όπως ορίζονται από το Νόμο) των προσωπικών δεδομένων. Μπορείτε επίσης να αντιταχθείτε στη χρήση των προσωπικών σας στοιχείων, να ζητήσετε να μεταφέρουμε ηλεκτρονικά τις πληροφορίες που έχετε θέσει στη διάθεσή μας (το δικαίωμα φορητότητας) ή/και να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων. Σημειώνουμε ωστόσο ότι εάν θα επιλέξετε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία ειδικών κατηγοριών δεδομένων, αυτό θα επηρεάσει την ικανότητά μας να διαχειριζόμαστε το ασφαλιστήριο . Για να ασκήσετε οποιοδήποτε από αυτά τα δικαιώματα ή να υποβάλετε παράπονο σχετικά με τη χρήση των προσωπικών δεδομένων, παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μας γραπτώς στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: personaldata-ta@unilife.com.cy. Έχετε επίσης το δικαίωμα να υποβάλετε παράπονο σχετικά με το χρήση των προσωπικών σας στοιχείων από εμάς, στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων μας στην πιο πάνω διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, και στο Γραφείο του Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Συγκατάθεση για την Επεξεργασία Ειδικών Κατηγοριών Δεδομένων
Δια του παρόντος δηλώνω ότι έχω διαβάσει την πιο πάνω δήλωση προστασίας δεδομένων και κατανοώ και αποδέχομαι το περιεχόμενό της.
Με την υπογραφή μου πιο κάτω, παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία δεδομένων που αφορούν την υγεία μου (ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων) από τους παραλήπτες που αναφέρονται ανωτέρω, για τους σκοπούς της εκτέλεσης και διαχείρισης του ασφαλιστηρίου βάσει του οποίου θα μου παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη.
Αναγνωρίζω ότι σε περίπτωση ανάκλησης αυτής της συγκατάθεσης, η ασφαλιστική μου κάλυψη βάσει αυτού του ασφαλιστηρίου ενδέχεται να τερματιστεί ή/και απαίτηση/αίτημα που υποβλήθηκε σύμφωνα με αυτό το ασφαλιστήριο μπορεί να απορριφθεί.

Υπογραφή Κυρίως Ασφαλιζόμενου	Όνομα Ολογράφως	Ημερομηνία
Υπογραφή Ενήλικων Εξαρτώμενων	Όνομα Ολογράφως	

Συγκατάθεση από τον Κυρίως Ασφαλιζόμενο: Παρακαλούμε σημειώστε, στο αντίστοιχο πλαίσιο πιο κάτω, αν συγκατατίθεστε στην επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων για τον σκοπό παραλαβής πληροφοριών σχετικά με τα προϊόντα, τα σχέδια ή τις υπηρεσίες μας μέσω ταχυδρομείου, τηλεφώνου, ηλεκτρονικού μηνύματος ή μηνύματος.

Συμφωνώ και αποδέχομαι ☐ Δεν συμφωνώ ☐

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

Αποκλειστικά για χρήση από τη Universal Life

Αξιολόγηση κινδύνου

(Ειδικό όρφι ανάληψης κινδύνου που αφορούν αυτή την αίτηση)

Υπογραφή Underwriter