

Όνομα Εταιρίας / Company Name: Αρ. Συμβολαίου / Policy No.

Όνοματεπώνυμο Υπαλλήλου / Employee Full Name:

Υφιστάμενο Ασφαλισμένο Μέλος / Existing Insured Member: NAI / YES ☐ OXI / NO ☐

Ημερ. Γεννήσεως / Date of Birth	Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου Identity / Passport Number	Υπηκοότητα Nationality	Αν υπάρχει διπλή υπηκοότητα, δηλώστε και τη δεύτερη If there is a second nationality, please state it

Καθήκοντα και περιγραφή / Duties and description of duties

Παρακαλούμε δηλώστε αν σχετίζεστε με την πολιτική / Please state if you are involved in politics NAI / YES ☐ OXI / NO ☐

Αν απαντήσατε "ΝΑΙ" παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες
If you answered "YES" please provide details

Δηλώστε οποιαδήποτε επαγγελματική σχέση ή συγγένεια
πρώτου βαθμού με πολιτικό πρόσωπο / State if you have any
professional and/or first degree relationship with a politician

Φύλο / Sex A / M ☐ Θ / F ☐ Ύψος / Height Βάρος / Weight

Αλλαγή βάρους κατά το τελευταίο έτος; Εάν η απάντησή σας είναι "ΝΑΙ" δηλώστε τα κιλά
Any changes in weight within the last year? If "YES" please note the No. of Kilos NAI / YES ☐ OXI / NO ☐

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ / HOME ADDRESS

Οδός και Αριθμός / Street Name and Number

Ταχυδρομικός Κώδικας / Postcode Δήμος και Επαρχία / Municipality and District

Τηλέφωνα / Telephones Οικία / Home Εργασία / Business Κινητό / Mobile

Ηλεκτρονική Διεύθυνση / E-mail Address

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ / PERSONAL DOCTOR'S DETAILS:

Όνοματεπώνυμο / Full Name: Αρ. Τηλεφώνου / Tel. Number

Μέλη οικογένειας / Family members (Αν επιθυμείτε να συμπεριληφθούν στο σχέδιο / If you wish to be included in the scheme)	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ FULL NAME	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ OCCUPATION	ΗΜΕΡ. ΓΕΝ / DATE OF BIRTH	ΥΨΟΣ / HEIGHT (CM)	ΒΑΡΟΣ / WIGHT (KG)
ΣΥΖΥΓΟΣ / SPOUSE					
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ / DEPENDANTS					
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ / DEPENDANTS					
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ / DEPENDANTS					

ΠΛΗΡΩΜΗ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ / PAYMENT OF MEDICAL CLAIMS

(Αν επιθυμείτε την πληρωμή των απαιτήσεων σας μέσω του προσωπικού Τραπεζικού σας Λογαριασμού / If you wish any claim payment to be deposited in your personal Bank Account)

Όνομα Κατόχου Λογαριασμού (Υπάλληλος) Account Owner (Employee)	Όνομα Τράπεζας Bank Name	Αρ. Καταστήματος Τράπεζας Branch Bank Number
IBAN Number	Προσωπικός Αριθμός Λογαριασμού Personal Account Number	

Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ ασφαλισμένος με την ALTIUS INSURANCE LTD;
Are you currently, or have you ever been insure with ALTIUS INSURANCE LTD? NAI / YES ☐ OXI / NO ☐

Αν "ΝΑΙ" δώστε πλήρεις λεπτομέρειες / If "YES" please provide details:

Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη / Medical Cover	Ποσό Κάλυψης / Sum Assured	€
Ασφάλεια Ζωής / Death Cover	Ποσό Κάλυψης / Sum Assured	€
Ασφάλεια Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας / Permanent Total Disability Cover	Ποσό Κάλυψης / Sum Assured	€
Ασφάλεια Μόνιμης Μερικής Ανικανότητας / Permanent Partial Disability Cover	Ποσό Κάλυψης / Sum Assured	€
Ασφάλεια Θανάτου από Ατύχημα / Accidental Death Cover	Ποσό Κάλυψης / Sum Assured	€
Ασφάλεια 12 Σοβαρών Ασθενειών / 12 Critical Illnesses Cover	Ποσό Κάλυψης / Sum Assured	€

Κάρτα Διεθνούς Ιατρικής Βοήθειας / International Medical Assistance Card

NAI / YES

OXI / NO

1.

Απορρίφθηκε ποτέ πρόταση σας για οποιοδήποτε είδος ασφάλισης, ή έγινε αποδεκτή με επασφάλιστρο ή ειδικούς όρους; / Has your application for any kind of insurance, even been rejected or accepted on special terms or with additional charge?

NAI / YES

OXI / NO

Εάν “ΝΑΙ” παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες /

If “YES” please provide details

2.

Ταξιδεύετε αεροπορικώς ως επιβάτης σε μη δρομολογημένες πτήσεις; / Do you travel by air on other than as a fare paying passenger?

NAI / YES

OXI / NO

Αν “ΝΑΙ” παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες /

If “YES” please provide details

3.

Έχετε ταξιδέψει τα τελευταία 5 χρόνια ή σκοπεύετε να ταξιδέψετε στους επόμενους 24 μήνες; Δηλώστε την ημερομηνία(ες), χώρα(ες), του κάθε ταξιδιού(ών). / Have you travelled abroad during the last 5 years or do you plan to do so within the next 24 months? Please state date(s), duration and reason of travel.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ - ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ / MEDICAL HISTORY - QUESTIONS

	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ INSURED		ΣΥΖΥΓΟΣ SPOUSE		ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ DEPENDANTS	
	NAI YES	OXI NO	NAI YES	OXI NO	NAI YES	OXI NO
1. Η παρούσα κατάσταση της υγείας σας είναι καλή; / Are you in a good health condition at present?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.1 * Πάσχετε από οποιαδήποτε πνευματική ή σωματική βλάβη / ελάττωμα ή δυσμορφία; / Are you suffering from any mental or body damage / deficit or deformity?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. * Υποφέρετε τώρα ή στο παρελθόν ή υποβλήθήκατε σε επέμβαση ή θεραπεία για οποιαδήποτε από τις ακόλουθες ασθένειες ή ανωμαλίες: Καλοήγη ή Κακοήγη Όγκο, Πονοκεφάλους, Ημικρανίες, Ζαλάδες, νευρολογικές και ψυχικές διαταραχές, άσθμα, αλλεργία αναπνευστικού συστήματος, καρδιάς ή αιμοφόρων αγγείων, διαβήτη ή άλλες ορμονικές διαταραχές, ήπατος, στομαχιού, εντέρου, ουροποιητικού και αναπαραγωγικού συστήματος, ρευματισμούς μυών, αρθρώσεων οστών, σπονδυλική στήλη, δέρματος, οποιοσδήποτε άλλες ασθένειες, ανωμαλίες ή/και συμπτώματα που δεν αναφέρονται πιο πάνω; / Do you currently suffer, or have you suffered in the past, or have you undergone any operation and/or treatment in relation to any of the following diseases or disorders below: Benign or malignant tumor, headaches, migraines, dizziness, neurological and psychiatric disorders, asthma, allergy, respiratory system, cardiovascular system, diabetes or other endocrinological disorders, liver, stomach, bowel, urinary and reproductive systems, musculoskeletal disorders, vertebral spine, skin, any other disease or/and symptoms which are not mentioned above?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ΑΝ ΝΑΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΟΥΝ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ / IF YES DESCRIBE BELOW

ΟΝΟΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ /

INSURED NAME

ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ /

TYPE OF THE SICKNESS AND ITS TREATMENT

ΗΜΕΡ. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ /

DATE OF INCIDENT

ΔΙΑΡΚΕΙΑ /

DURATION

ΜΟΝΟΓΡΑΦΗ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ/ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ / INITIALS OF PROPOSED INSURED/POLICY OWNER

2/4

		ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ INSURED		ΣΥΖΥΓΟΣ SPOUSE		ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ DEPENDANTS	
		ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
3.	Είχατε ποτέ ακολουθήσει ή σας έχει δοθεί ιατρική συμβουλή να ακολουθήσετε νοσοκομειακή ή χειρουργική θεραπεία συμπεριλαμβανομένων εξετάσεων ρουτίνας ή αναλύσεις αίματος; / Have you ever followed or have you been given medical advice to seek hospital or surgical treatment, including check-up or blood analysis? Λόγος / Reason: Ημερ. Περιστατικού / Date of Incident:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. *	Είχατε ποτέ εξετασθεί ή κάνει ανάλυση αίματος για την Επίκτητη Ανοσοποιητική Νόσο (AIDS), Ηπατίτιδα Β ή οποιοδήποτε άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα ή έχετε ποτέ απορριφθεί ως αιμοδότης; / Have you ever been tested for the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), Hepatitis B or any other sexually transmitted disease or have you ever been rejected as blood donor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. *	Έχετε κάνει μετάγγιση αίματος, τα τελευταία 5 χρόνια; / Have you undergone any blood transfusion in the last 5 years?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. *	Ήσασταν ποτέ δικαιούχος επιδόματος ή λαμβάνετε τώρα κάποιο επίδομα ολικής ή μερικής ανικανότητας; / Have you ever been a recipient, or currently receiving any total or partial disability allowance?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Ασχολείστε με οποιοδήποτε άθλημα ή δραστηριότητα; Εάν 'Ναι' δηλώστε εάν ασχολείστε επαγγελματικά ή ερασιτεχνικά. / Are you engaged in any sports or activity? If "Yes" state if this is on a professional or an amateur basis:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Καταναλώνετε οινόπνευματώδη ποτά; Ημερήσια κατανάλωση: / Do you consume alcoholic drinks? Daily consumption:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Καπνίζετε καπνό; Ημερήσια κατανάλωση: / Do you Smoke? Daily consumption:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. *	Οι καταναλωτικές σας συνήθειες σε οινόπνευματώδη ποτά και καπνό έχουν αλλάξει τα τελευταία 5 χρόνια; / Have your habits in consuming alcoholic drinks or tobacco changed within the last 5 years?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Παίρνετε φάρμακα ή βρίσκεστε υπό ιατρική παρακολούθηση για οποιοδήποτε λόγο; / Are you on medication or under medical supervision for any reason? Λόγος / Reason: Είδος Φαρμάκου / Type of medication: Δοσολογία / Dosage:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Για γυναίκες μόνο: Είστε έγκυος; Αν 'Ναι', πόσων εβδομάδων; Are you pregnant? If "Yes" state at which week: Παρακαλούμε αναφέρετε τυχόν επιπλοκές / Please state if any complications:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. *	Υπέφερε, υποφέρει ή έχει αποβιώσει οποιοδήποτε μέλος πρώτου βαθμού συγγένειας της οικογένειας σας λόγω διαβήτη, ασθένεια της καρδιάς, εγκεφαλική συμφόρηση, καρκίνο, υπέρταση, ασθένεια των νεφρών ή του αίματος, νευρική, μυϊκή ή πνευματική ανωμαλία; / Had any first degree relative member of your family died, suffered, or suffers from diabetes, heart disease, cerebral disease, Cancer, Hypertension, any disease of the kidneys, blood, neural, muscular, or mental disorder?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ / RELATION	ΕΙΔΟΣ & ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ / TYPE & DETAILS OF DISEASE	ΗΜΕΡ. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ / DATE OF INCIDENT		ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡ. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ / AGE AT INCIDENT		ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ / DATE OF BIRTH	

* Αν απαντήσατε «Ναι» σε κάποιες από τις πιο πάνω ερωτήσεις παρακαλούμε δώστε πιο κάτω πλήρεις λεπτομέρειες (περιλαμβανομένων θεραπειών, διάρκεια θεραπειών, ονομάτων και διευθύνσεις των θεραπόντων ιατρών). Επίσης αν έχετε προβεί σε οποιοδήποτε εργαστηριακές ή/και απεικονιστικές ή/και διαγνωστικές εξετάσεις τα τελευταία 5 χρόνια παρακαλούμε όπως μας αποσταλούν τα αποτελέσματα. / If you answered "Yes" to any of the above questions please provide full details below (including treatments, treatment duration, names and addresses of treating physicians). Also if you have made any laboratory or/and imaging or/and diagnostic tests within the last five years, please send us the results.

.....

.....

.....

.....

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ / IMPORTANT

Παρακαλούμε σημειώστε ότι η ALTIUS INSURANCE LTD, δεν θα δεχθεί καμία ευθύνη για οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση που προϋπήρχε της ημερομηνίας ένταξης ή που θα μπορούσε να προβλεφθεί κατά το χρόνο της πρότασης, εκτός εάν μία τέτοια ιατρική κατάσταση δηλώθηκε και έγινε αποδεκτή από την ALTIUS INSURANCE LTD. Μη γνωστοποίηση στην ALTIUS INSURANCE LTD μίας ιατρικής κατάστασης, μπορεί να οδηγήσει στην άρνηση πληρωμής απαιτήσεων.

Please note that ALTIUS INSURANCE LTD, will not accept any responsibility for any pre-existing medical condition, which could be foreseen during the completion of the proposal, except if such medical condition has been notified and made accepted by ALTIUS INSURANCE LTD. No such notification to ALTIUS INSURANCE LTD, of any such medical condition may lead to the rejection of any claims.

I. ΔΗΛΩΣΗ / J. DECLARATION

Δηλώνουμε υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις που δόθηκαν πιο πάνω είναι αληθείς και πλήρεις και δεν παραλείψαμε να αναφέρουμε οποιεσδήποτε πληροφορίες ή γεγονότα που πιθανόν να επηρεάσουν τη μελέτη και αποδοχή της πρότασης. Συμφωνούμε ότι η πρόταση αυτή και οποιεσδήποτε άλλες δηλώσεις που έχουμε υπογράψει αποτελούν τη βάση του Ασφαλιστηρίου. Εξουσιοδοτούμε την Εταιρία να αποταθεί σε οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρία ή/και ιατρό ή/και κλινική για πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας μας ή το ιατρικό ιστορικό μας. Για σκοπούς εκτίμησης του κινδύνου, η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα παραπομπής μας σε ιατρικές εξετάσεις.

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΟΤΙ:

- (α) Η ALTIUS INSURANCE LTD επιφυλάσσει το δικαίωμα να απορρίψει οποιαδήποτε Πρόταση για Ασφάλιση ή να επιβάλει Ειδικούς Όρους.
- (β) Οποιαδήποτε εξαίρεση ή/και επασφάλιστρο τυχόν επιβληθούν μετά την ολοκλήρωση της μελέτης της πρότασης σας θα ισχύουν από την ημερομηνία ένταξης σας στο σχέδιο. Τυχόν απαιτήσεις που θα παραληφθούν από την Εταιρία μας, θα διεκπεραιώνονται αμέσως μετά την ολοκλήρωση της μελέτης της πρότασης σας.

Ρητή συγκατάθεση και δήλωση αναγνώρισης ενημέρωσης από πελάτη σχετικά με τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Με την παρούσα παρέχουμε στην ALTIUS INSURANCE LTD ('Η ALTIUS INSURANCE', όρος που περιλαμβάνει τους διαδόχους και εκδοχείς αυτής) τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μας και την εξουσιοδοτούμε να τηρεί σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, στα οποία θα καταχωρούνται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που μπορεί να περιλαμβάνουν και ευαίσθητα δεδομένα, τα οποία μας αφορούν και έχουν δηλωθεί ή θα δηλωθούν προς την ALTIUS INSURANCE είτε από εμάς, είτε με τη συνδρομή μας, είτε από άλλη πηγή καθώς και με όσα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα προκύπτουν από την εξέλιξη της σχέσης μας με την ALTIUS INSURANCE.

Η συγκατάθεση μας περιλαμβάνει την περαιτέρω επεξεργασία των δεδομένων και τη νόμιμη διασύνδεση μεταξύ αρχείων που τηρεί ή θα τηρεί η ALTIUS INSURANCE στο μέλλον και αρχείων που τηρούνται ή θα τηρούνται από τρίτα πρόσωπα ή εταιρίες με τις οποίες συνεργάζεται ή θα συνεργάζεται η ALTIUS INSURANCE στο μέλλον.

Τα παραπάνω αρχεία θα τηρούνται από την ALTIUS INSURANCE για την εξέταση οποιασδήποτε αίτησης μας για τη σύναψη με την ALTIUS INSURANCE οποιουδήποτε ασφαλιστικού συμβολαίου ή/και την παροχή προς εμάς οποιασδήποτε μορφής ασφαλιστικών υπηρεσιών, τη διεκπεραίωση ή τη διευκόλυνση με οποιονδήποτε τρόπο τέτοιου συμβολαίου ή/και της παροχής προς εμάς των ασφαλιστικών υπηρεσιών και οποιασδήποτε συναλλαγής μας με την ALTIUS INSURANCE και την αποστολή σε εμάς διαφημιστικού ή άλλου υλικού ή πληροφοριών.

Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα πιο πάνω αρχεία ή οποιοδήποτε μέρος τους είναι πιθανό να ανακοινωθούν/μεταδοθούν στους υπαλλήλους της ALTIUS INSURANCE, σε οποιοσδήποτε συνεργάτη της ALTIUS INSURANCE που παρέχουν υπηρεσίες που αφορούν το μηχανογραφικό σύστημα της ή άλλες υπηρεσίες υποστήριξης των εργασιών της καθώς και σε αντιπροσώπους της ALTIUS INSURANCE.

Λαμβάνουμε γνώση ότι σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο του 2001 [Ν138(Ι)/2001], όπως ισχύει κάθε φορά, η ALTIUS INSURANCE είναι "ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας".

Γνωρίζουμε ότι έχουμε δικαίωμα πρόσβασης και δικαίωμα διόρθωσης των προσωπικών μου δεδομένων με την υποβολή αίτησης στην ALTIUS INSURANCE και την καταβολή σχετικού τιμήματος (αν ισχύει).

We hereby declare that all of the above answers are true and complete and that we have not omitted to give any information or facts which may affect the study and acceptance of the proposal. We agree that the proposal and any other declarations that we have signed, shall form the basis of the contract. We authorize the company to seek information relating to our health and medical history from any insurance company or/and doctor or/and clinic. For purposes of risk assessment, the Company reserves the right to refer us for medical examinations.

PLEASE NOTE THAT:

- (a) ALTIUS INSURANCE LTD reserves the right to reject any proposal/application for insurance or impose Special Conditions.
- (b) Any exclusion or/and any loading that might be imposed after the completion of the proposal's study will be valid from the date of inception in the plan. Any claims received by our Company, will be processed immediately upon completion of the proposal's study.

Express consent and declaration of acknowledgement of receipt of information by customer in connection with the collection and processing of data of personal nature.

With the present we hereby grant to ALTIUS INSURANCE LTD ("ALTIUS INSURANCE", a term which includes its successors and assignees) our express and unreserved consent for and we authorize ALTIUS INSURANCE to keep in an electronic or other form, records of data of personal nature, in which records, data of personal nature will be filed that may include sensitive data, which concern us and have been declared or will be declared to ALTIUS INSURANCE either by us or by our contribution, or by any other source as well as any other data of personal nature that may arise from the development of our relationship with ALTIUS INSURANCE.

Our consent covers any further processing of the data and the legal connection of records maintained or to be maintained in the future by ALTIUS INSURANCE and records maintained or to be maintained in the future by third parties or companies co-operating or which shall cooperate in the future with ALTIUS INSURANCE.

The above records will be kept by ALTIUS INSURANCE for the examination of any application submitted by us or/and for the provision to us of any form of insurance services, the processing or the facilitation in any manner of such a contract, or/and of the provision to us of any of the insurance services and any other transaction with ALTIUS INSURANCE and the dispatch to us of advertising or other material or information.

The personal data included in the above records or any part thereof, may be announced/transmitted to the employees of ALTIUS INSURANCE, to any persons offering services to ALTIUS INSURANCE in relation to the electronic data processing system of ALTIUS INSURANCE or other services supporting the operations of ALTIUS INSURANCE and to the agents of ALTIUS INSURANCE.

We hereby take notice that in accordance with the provisions of the Processing of Data of Personal Nature (Protection of Individual) Law of 2001 [L 138(Ι)/2001], as in force from time to time, ALTIUS INSURANCE is the person named as "Responsible for the Processing".

We know that we have the right of access and the right of correction of our personal data with the submission of an application to ALTIUS INSURANCE and the payment of the relevant fee.

Υπογραφή Προτεινόμενου
Proposer's Signature

Ημερομηνία / Date

ALTIUS INSURANCE LTD

ΓΩΝΙΑ ΛΕΩΦ. KENNENTY & ΟΔΟΥ ΣΤΑΣΙΝΟΥ, Τ.Θ. 26516, 1640 ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΤΗΛ.: +357 22379999, ΦΑΞ: +357 22379097

CORNER KENNEDY AVENUE & STASINOU STREET, P.O. BOX 26516, 1640 NICOSIA, TEL.: +357 22379999, FAX: +357 22379097
www.altiusinsurance.eu E-mail: customer_service@altiusinsurance.com.cy

ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΕΩΝ ALTIUS INSURANCE LTD
AWARENESS AND CONSENT FORM ALTIUS INSURANCE LTD

ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ / AWARENESS

Η Altius Insurance Ltd εφαρμόζει τις πρόνοιες του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων και ως εκ τούτου συλλέγει από εσάς και επεξεργάζεται τα ελάχιστα απαραίτητα προσωπικά σας δεδομένα με σκοπό να εκτελέσει την υπηρεσία την οποία έχετε ζητήσει ή να σας προσφέρει το προϊόν το οποίο έχετε επιλέξει. Τα δεδομένα σας θα φυλαχθούν από την Εταιρία και θα χρησιμοποιηθούν μόνο στα πλαίσια της εκτέλεσης των υποχρεώσεων της Εταιρίας όπως απορρέουν, από τη μεταξύ μας σχέση, από έννομη υποχρέωση ή αν έχετε δώσει σχετική συγκατάθεση.

Altius Insurance Ltd applies the provisions of the General Data Protection Regulation and therefore it collects and processes the minimum of your personal data that is required to be able to execute the agreed services or offer the product of your choice. Your data will be safely held by the Company and will only be used to execute the Company's obligations arising from the agreed services, by the law or by any given consent.

Σε κάθε περίπτωση τα δεδομένα σας θα φυλαχθούν στα αρχεία της Εταιρίας και για οποιοδήποτε θέμα αφορά τα προσωπικά σας δεδομένα μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου dpo@altiusinsurance.com.cy ή μέσω τηλεφώνου στο +357 22379999.

In any event, your data will be saved in the Company's database and you may contact the Company for any matter regarding your personal data via email at dpo@altiusinsurance.com.cy or via telephone +357 22379999.

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΕΙΣ / CONSENT

Η Altius Insurance Ltd. προσφέρει ευρεία γκάμα ασφαλιστικών προϊόντων. Τα προϊόντα σχεδιάζονται με σκοπό να ικανοποιήσουν τις εξατομικευμένες ασφαλιστικές σας ανάγκες. Η εναρμόνισή μας με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων μας υποχρεώνει να λάβουμε από εσάς σχετική συγκατάθεση, ώστε να μπορούμε να επικοινωνούμε μαζί σας για οποιοδήποτε λόγο εκτός από λόγους που αφορούν υφιστάμενη μας σχέση.

Altius Insurance Ltd. offers a wide range of insurance products. The products are designed to fulfill your personal insurance needs. Due to our compliance with the General Data Protection Regulation we must ask for your consent, to be able to communicate with you for any other reason not included in our ongoing relationship.

Ως εκ τούτου παρακαλώ όπως μας παρέχετε τις απαραίτητες συγκαταθέσεις μέσω των πιο κάτω δηλώσεων:

We would therefore be grateful if you could provide us with your relevant consent through the statements below:

ΑΠΟΔΟΧΗ / ACCEPTANCE

(σημειώστε √ για αποδοχή)
(mark with √ to accept)

1. Αποδέχομαι όπως η Altius Insurance Ltd επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα τα οποία έχει ήδη στην κατοχή της με σκοπό να μου προσφέρει εξατομικευμένες ασφαλιστικές λύσεις και προϊόντα.
Altius Insurance Ltd has my consent to process my personal data that are already stored in its database to offer me personalised insurance products and solutions.
2. Αποδέχομαι όπως η Altius Insurance Ltd επικοινωνεί μαζί μου για να με ενημερώνει για τα ασφαλιστικά της προϊόντα.
Altius Insurance Ltd has my consent to contact me with information on any of its insurance products.
3. Αποδέχομαι όπως η Altius Insurance Ltd επικοινωνεί μαζί μου για να με ενημερώνει για τις κοινωνικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις της.
Altius Insurance Ltd has my consent to contact me to inform me of any of its social activities and events.

1 ☐

2 ☐

3 ☐

Τα προσωπικά σας δεδομένα τα οποία επεξεργαζόμαστε θα φυλάγονται από εμάς στα αρχεία της Εταιρίας και θα τα χρησιμοποιούμε μόνο για την εκτέλεση των υποχρεώσεων μας απέναντί σας στα πλαίσια των μεταξύ μας συμφωνιών ή για τους σκοπούς για τους οποίους έχετε συγκατατεθεί πιο πάνω. Για λεπτομέρειες αναφορικά με τον τρόπο διαχείρισης των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να επισκεφθείτε την Πολιτική Απορρήτου της Εταιρίας στην ιστοσελίδα www.altiusinsurance.com.cy ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο dpo@altiusinsurance.com.cy.

Your personal data which is processed by the Company, will be safely held by us in the Company's database and will only be used for executing our obligations that arise from our agreements or for the purpose that you have provided your consent above. For any details regarding the way that your data is processed, you may visit our Privacy Policy Statement on our website www.altiusinsurance.com.cy or can ask for it via email at dpo@altiusinsurance.com.cy.

Νοείται πως οποτεδήποτε επιθυμήσετε μπορείτε να αποσύρετε την συγκατάθεση σας επικοινωνώντας μαζί μας μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο dpo@altiusinsurance.com.cy ή τηλεφωνικά στο +357 22379999.

It is understood that you may withdraw your consent by contacting us via email at dpo@altiusinsurance.com.cy or via telephone +357 22379999.

Ονοματεπώνυμο Πελάτη:

Customer's Name: _____

Αριθμός Συμβολαίου:

Policy No.: _____

Κλάδος:

Branch: _____

Ημερομηνία:

Date: _____

Υπογραφή Πελάτη:

Customer's Signature: _____