

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

- ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΙΣΧΥ ΜΕ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ
 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΣ ΙΣΧΥΟΣ
 ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΙΣΧΥ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

- ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ
 ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΣΘΗΚΗ/ΑΥΞΗΣΗ ΩΦΕΛΗΜΑΤΩΝ

1. Αριθμός Ασφαλιστηρίου						
2. Ονοματεπώνυμο Αιτητή						
Αρ. Ταυτότητας						
3. Ημερομ. Γεννήσεως		ΥΨΟΣ			ΒΑΡΟΣ	
4. <u>1^ο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</u> <u>2^ο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</u>						
α. Περιγραφή Επαγγέλματος						
β. Εργοδότης και Δ/ση Εργοδότη						
γ. Εισόδημα των τελευταίων 12 μηνών						
δ. Πόσο καιρό εξασκείτε το παρόν επάγγελμα;						
5. ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ		Αρ.	ΗΜΕΡ.	ΥΨΟΣ	ΒΑΡΟΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
		ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ			ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
Όνομα Συζύγου						
Όνομα Παιδιού						
Όνομα Παιδιού						
6. Απ' ότι γνωρίζετε εσείς και τα ανήλικα προτεινόμενα πρόσωπα για ασφάλιση βρίσκεστε σήμερα σε καλή κατάσταση υγείας χωρίς φυσικά ελαττώματα ή παραμορφώσεις;						
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ						
7. Έχετε εσείς ή τα ανήλικα προτεινόμενα πρόσωπα για ασφάλιση υποβάλει ποτέ αίτηση για ασφάλιση ζωής, ατυχήματος, ανικανότητας ή νοσοκομειακής περίθαλψης που έχουν απορριφθεί, ανασταλεί, ακυρωθεί, τροποποιηθεί, χρεώθηκαν με επασφάλιστρο ή δεν ανανεώθηκαν;						
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ						
8. Κατά την διάρκεια των 5 τελευταίων ετών έχετε εσείς ή τα ανήλικα προτεινόμενα πρόσωπα για ασφάλιση νοσηλευθεί ή συμβουλευτεί γιατρό;						
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ						
9. Απ' ότι γνωρίζετε είχατε ποτέ συμβουλευτεί εσείς ή τα ανήλικα προτεινόμενα για ασφάλιση πρόσωπα γιατρό ή έχετε ή είχατε ποτέ, διαβήτη, παθολογική πίεση αίματος, οποιαδήποτε ανωμαλία ή αρρώστια της καρδιάς, των πνευμόνων, της πλάτης ή της σπονδυλικής στήλης, νευρική ή διανοητική διαταραχή, καρκίνο ή οποιαδήποτε άλλη αρρώστια, ανωμαλία ή τραυματισμό;						
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ						
10. Σκέπτεστε εσείς ή τα ανήλικα προτεινόμενα για ασφάλιση πρόσωπα να αναλάβετε οποιοδήποτε επικίνδυνο εγχείρημα; (ανεμοπλοική πτήση, υποβρύχια κατάδυση, πιλοτάρισμα αεροπλάνου, κάθοδο με αλεξίπτωτο, αγώνες ταχύτητας και άλλα.)						
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ						
11. Παιζέτε ποδόσφαιρο;						
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Αν ναι σε ποια ομάδα ;						
12. Η αποζημίωση πρόσκαιρης ανικανότητας που ζητάτε απ' όλα τα ασφαλιστήρια συμβόλαια σας είναι μικρότερη ή ίση του 75 % του εισοδήματός σας;						
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ						
13. Ερωτήσεις σχετικές με το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)						
Α. Έχετε συμβουλευθεί γιατρό ή υποβληθεί σε θεραπεία σχετική με το AIDS ή με κάποια κατάσταση της υγείας σας πιθανώς σχετιζόμενη με το AIDS ή γενικότερα με ασθένεια που μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή;						
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ						
Β. Σας έχουν πει ότι είσαστε φορέας του AIDS;						
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ						
Γ. Έχετε οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα η αιτία των οποίων δεν μπορεί να ερμηνευθεί; Διάρροιες, διογκωμένους λεμφαδένες ή δερματικά εξανθήματα, μεγάλη καταβολή δυνάμεων, σημαντική απώλεια βάρους;						
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ						
14. Μόνο για γυναίκες. Είστε έγκυος;						
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Αν ναι προσκομίστε ιατρική έκθεση από τον γυναικολόγο σας.						
Αν στην ερώτηση 6 απαντήσετε αρνητικά και στις 7 μέχρι 14 καταφατικά, παρακαλούμε αναφέρετε λεπτομέρειες δίνοντας πιο κάτω τον αριθμό της ερώτησης και το όνομα του προτεινόμενου για ασφάλιση, περιγραφή ιστορικού, όνομα γιατρού, κ.λ.π.:						
Γνωρίζω και συμφωνώ ότι καμία ασφαλιστική κάλυψη δεν παρέχεται αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από την Εταιρεία και δηλώνω υπεύθυνα ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθείς και θα αποτελέσουν την βάση για την επαναφορά σε ισχύ ή τροποποίηση του ασφαλιστηρίου. Με την αίτηση αυτή κατέβαλα €.....για την επαναφορά σε ισχύ ή μεταφορά του πιο πάνω αναφερόμενου ασφαλιστηρίου.						
Ημερομηνία						
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΜΑΡΤΥΡΑ		ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ			ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ	
UNDERWRITER'S DECISION						

Συγκατάθεση για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Ασφαλισμένος / Προτεινόμενος ασφαλισμένος

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς.

Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς:

1. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας και να διαχειριστούμε το ασφαλιστήριο συμβόλαιο σας αναλόγως σε περίπτωση που αυτή εγκριθεί, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε παράσχει ή που μπορεί να ζητηθείτε να παράσχετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε παράσχει ή πιθανόν να παράσχετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της αίτησής σας καθώς και διαχείριση του ασφαλιστηρίου σας.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση ccd@metlife.com.

Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεση σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας ή, σε περίπτωση που την έχουμε ήδη εγκρίνει, δεν θα είμαστε πλέον σε θέση να διαχειριστούμε το ασφαλιστήριο σας και αυτό θα θεωρείται ότι έχει ακυρωθεί. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Περισσότερες πληροφορίες

Η πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μας η οποία αναφέρει με περισσότερη λεπτομέρεια τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα και τα δικαιώματά σας σε σχέση με τη χρήση αυτή εσωκλείεται και είναι επίσης διαθέσιμη στο www.metlife.com.cy.

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων σημειώνοντας το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

.....
Όνομα ασφαλισμένου / προτεινόμενου ασφαλισμένου

.....
Υπογραφή

Συγκατάθεση για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Σύζυγος

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς.

Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς:

1. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας και να διαχειριστούμε το ασφαλιστήριο συμβόλαιο από το (θα) οποίο καλύπτεστε αναλόγως σε περίπτωση που αυτή εγκριθεί, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε παράσχει ή που μπορεί να ζητηθεί να παράσχετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε παράσχει ή πιθανόν να παράσχετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της αίτησής σας καθώς και διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας ή, σε περίπτωση που την έχουμε ήδη εγκρίνει, δεν θα είμαστε πλέον σε θέση να διαχειριστούμε την κάλυψή σας κάτω από το ασφαλιστήριο και αυτή θα θεωρείται ότι έχει ακυρωθεί. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Περισσότερες πληροφορίες

Η πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μας η οποία αναφέρει με περισσότερη λεπτομέρεια τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα και τα δικαιώματά σας σε σχέση με τη χρήση αυτή εσωκλείεται και είναι επίσης διαθέσιμη στο www.metlife.com.cy.

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων σημειώνοντας το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

.....
Όνομα συζύγου

.....
Υπογραφή

Συγκατάθεση για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Παιδί 1

Σημείωση: Εάν αυτή η συγκατάθεση αφορά σε ανήλικο, αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί από τον γονέα ή άλλο άτομο που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού. Οι αναφορές στα "δεδομένα για την υγεία σας", "δεδομένα υγείας μου" και παρόμοιες αναφορές πρέπει να διαβάζονται ως αναφορές στα δεδομένα υγείας του ανηλίκου.

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς.

Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς:

1. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας και να διαχειριστούμε το ασφαλιστήριο συμβόλαιο από το (θα) οποίο καλύτερα αναλόγως σε περίπτωση που αυτή εγκριθεί, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε παράσχει ή που μπορεί να ζητηθεί να παράσχετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε παράσχει ή πιθανόν να παράσχετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της αίτησής σας καθώς και διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας ή, σε περίπτωση που την έχουμε ήδη εγκρίνει, δεν θα είμαστε πλέον σε θέση να διαχειριστούμε την κάλυψη σας κάτω από το ασφαλιστήριο και αυτή θα θεωρείται ότι έχει ακυρωθεί. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Περισσότερες πληροφορίες

Η πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μας η οποία αναφέρει με περισσότερη λεπτομέρεια τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα και τα δικαιώματά σας σε σχέση με τη χρήση αυτή εσωκλείεται και είναι επίσης διαθέσιμη στο www.metlife.com.cy.

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων σημειώνοντας το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

.....
Όνομα παιδιού

.....
Υπογραφή παιδιού ή
γονέα ή άλλου ατόμου που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού
σε περίπτωση που το παιδί είναι ανήλικο

Συγκατάθεση για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Παιδί 2

Σημείωση: Εάν αυτή η συγκατάθεση αφορά σε ανήλικο, αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί από τον γονέα ή άλλο άτομο που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού. Οι αναφορές στα "δεδομένα για την υγεία σας", "δεδομένα υγείας μου" και παρόμοιες αναφορές πρέπει να διαβάζονται ως αναφορές στα δεδομένα υγείας του ανηλίκου.

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς.

Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς:

1. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας και να διαχειριστούμε το ασφαλιστήριο συμβόλαιο από το (θα) οποίο καλύπτεστε αναλόγως σε περίπτωση που αυτή εγκριθεί, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε παράσχει ή που μπορεί να ζητηθεί να παράσχετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε παράσχει ή πιθανόν να παράσχετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της αίτησής σας καθώς και διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας ή, σε περίπτωση που την έχουμε ήδη εγκρίνει, δεν θα είμαστε πλέον σε θέση να διαχειριστούμε την κάλυψη σας κάτω από το ασφαλιστήριο και αυτή θα θεωρείται ότι έχει ακυρωθεί. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Περισσότερες πληροφορίες

Η πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μας η οποία αναφέρει με περισσότερη λεπτομέρεια τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα και τα δικαιώματά σας σε σχέση με τη χρήση αυτή εσωκλείεται και είναι επίσης διαθέσιμη στο www.metlife.com.cy.

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων σημειώνοντας το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

.....
Όνομα παιδιού

.....
Υπογραφή παιδιού ή
γονέα ή άλλου ατόμου που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού
σε περίπτωση που το παιδί είναι ανήλικο

Συγκατάθεση για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Παιδί 3

Σημείωση: Εάν αυτή η συγκατάθεση αφορά σε ανήλικο, αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί από τον γονέα ή άλλο άτομο που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού. Οι αναφορές στα "δεδομένα για την υγεία σας", "δεδομένα υγείας μου" και παρόμοιες αναφορές πρέπει να διαβάζονται ως αναφορές στα δεδομένα υγείας του ανηλίκου.

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς.

Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς:

1. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας και να διαχειριστούμε το ασφαλιστήριο συμβόλαιο από το (θα) οποίο καλύπτεστε αναλόγως σε περίπτωση που αυτή εγκριθεί, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε παράσχει ή που μπορεί να ζητηθεί να παράσχετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε παράσχει ή πιθανόν να παράσχετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της αίτησής σας καθώς και διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας ή, σε περίπτωση που την έχουμε ήδη εγκρίνει, δεν θα είμαστε πλέον σε θέση να διαχειριστούμε την κάλυψη σας κάτω από το ασφαλιστήριο και αυτή θα θεωρείται ότι έχει ακυρωθεί. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Περισσότερες πληροφορίες

Η πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μας η οποία αναφέρει με περισσότερη λεπτομέρεια τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα και τα δικαιώματά σας σε σχέση με τη χρήση αυτή εσωκλείεται και είναι επίσης διαθέσιμη στο www.metlife.com.cy.

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων σημειώνοντας το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

.....
Όνομα παιδιού

.....
Υπογραφή παιδιού ή
γονέα ή άλλου ατόμου που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού
σε περίπτωση που το παιδί είναι ανήλικο

Συγκατάθεση για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Αντισυμβαλλόμενος / Αιτητής

(αν είναι άλλος από τον Ασφαλισμένο / Προτεινόμενο ασφαλισμένο)

Σημείωση: Εάν αυτή η συγκατάθεση αφορά σε ανήλικο, αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί από τον γονέα ή άλλο άτομο που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού. Οι αναφορές στα "δεδομένα για την υγεία σας", "δεδομένα υγείας μου" και παρόμοιες αναφορές πρέπει να διαβάζονται ως αναφορές στα δεδομένα υγείας του ανηλίκου.

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς.

Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς:

2. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας και να διαχειριστούμε το ασφαλιστήριο συμβόλαιο από το (θα) οποίο καλύπτεστε αναλόγως σε περίπτωση που αυτή εγκριθεί, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε παράσχει ή που μπορεί να ζητηθεί να παράσχετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε παράσχει ή πιθανόν να παράσχετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της αίτησής σας καθώς και διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας ή, σε περίπτωση που την έχουμε ήδη εγκρίνει, δεν θα είμαστε πλέον σε θέση να διαχειριστούμε την κάλυψη σας κάτω από το ασφαλιστήριο και αυτή θα θεωρείται ότι έχει ακυρωθεί. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Περισσότερες πληροφορίες

Η πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μας η οποία αναφέρει με περισσότερη λεπτομέρεια τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα και τα δικαιώματά σας σε σχέση με τη χρήση αυτή εσωκλείεται και είναι επίσης διαθέσιμη στο www.metlife.com.cy.

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων σημειώνοντας το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

.....
Όνομα Αντισυμβαλλόμενου / Αιτητή

.....
Υπογραφή