

Αίτηση ασφάλισης σε ομαδικό συμβόλαιο Προσωπικών Ατυχημάτων για σχολές

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΜΕ ΕΥΑΝΑΓΝΩΣΤΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΑΠΟΦΥΓΗ ΛΑΘΩΝ.

Όνομα συμβολαίου: Αριθμός Συμβολαίου:

Συμπληρώνεται από το άτομο που αιτείται ασφάλιση ή τον κηδεμόνα

1. Επώνυμο:	2. Όνομα:	3. Ταυτότητα:
4. Ημ. Γέννησης:	5. Εθνικότητα:	6. Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐
7. Χώρα συνήθους διαμονής:		

Δηλώσεις και Συγκατάθεση Προσωπικών Δεδομένων

1. Δηλώνω ότι όλες οι δηλώσεις και λεπτομέρειες που περιέχονται σε αυτή την αίτηση είναι αληθείς και πλήρεις και ότι κανένα ουσιώδες γεγονός δεν έχει αποκρυφθεί. Συμφωνώ ότι αυτή η αίτηση συμμετοχής μαζί με τυχόν πληροφορίες που παρέχονται στην Εταιρεία σε σχέση με αυτή θα αποτελέσει τη βάση της οποιασδήποτε ασφαλιστικής κάλυψης που θα παρασχεθεί σε μένα ή/και τα πρόσωπα που καθορίζονται στο μέρος της παρούσας αίτησης. Συμφωνώ ότι δεν παρέχεται οποιαδήποτε ασφαλιστική κάλυψη σε εμένα ή/και τα πρόσωπα που καθορίζονται στο μέρος της αίτησης εκτός αν (i) ειδοποίηση συγκατάθεσης συμμετοχής υποβληθεί από τον κάτοχο του συμβολαίου μου σε σχέση με την αίτηση αυτή και (ii) αυτή η αίτηση και η εν λόγω ειδοποίηση εγκριθούν από την Εταιρεία. Συμφωνώ, επίσης, ότι οποιαδήποτε τέτοια ασφαλιστική κάλυψη θα παρέχεται κάτω από το ομαδικό συμβόλαιο του κατόχου του συμβολαίου μου και θα υπόκειται στους όρους και προϋποθέσεις του, ως ισχύουν από καιρό σε καιρό. Η παρούσα αίτηση ισχύει για τριάντα ημέρες από την ημερομηνία υπογραφής.

Ημερομηνία:..... Υπογραφή κηδεμόνα / αιτητή:.....

2. Συγκατάθεση για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων - Αιτητή / παιδί

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), στη 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:

Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας για συμμετοχή στο ομαδικό συμβόλαιο που αναφέρεται πιο πάνω, και να σας εντάξουμε σε αυτό και να διαχειριστούμε την κάλυψη σας δυνάμει αυτού, 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 για συμμετοχή στο ομαδικό συμβόλαιο, την συμμετοχή σας σε αυτό και την διαχείριση της κάλυψής σας δυνάμει αυτού. Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή συμμετοχής σας ή να σας εντάξουμε στο ομαδικό συμβόλαιο ή να διαχειριστούμε την κάλυψη σας δυνάμει αυτού.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα (email) 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 ομαδικό συμβόλαιο 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 καθορίζει 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, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς και επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων.

Ημερομηνία:..... Υπογραφή κηδεμόνα / αιτητή:.....

Ημερομηνία έναρξης ασφάλισης:.....

Συγκατάθεση αντισυμβαλλόμενου - για το άτομο που αιτείται ασφάλιση

Σκελος Β

Όνομα αντιπρόσωπου του αντισυμβαλλόμενου	Σφραγίδα
Υπογραφή:.....	Κατόχου
Ημερομηνία υποβολής:.....	Συμβολαίου: