

ΣΚΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η CNP ASFALISTIKI LIMITED («CNP ASFALISTIKI»), οι αντιπρόσωποι και συνεργάτες της, στα πλαίσια της παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών (στο πλαίσιο των οποίων περιλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, η εξέταση της Πρότασης για ασφάλιση, τιμολόγηση και είσπραξη ασφαλιστρών, αξιολόγηση απαίτησης για καταβολή αποζημιώσεων) προτίθεται να συλλέξει και να υποβάλει σε επεξεργασία δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία αφορούν εσάς ή αφορούν ανήλικους εκ μέρους των οποίων συγκατατίθεστε ως κηδεμόνας. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτά τα δεδομένα θα διαβιβάζονται σε τρίτες χώρες οι οποίες δεν παρέχουν ικανοποιητικό επίπεδο προστασίας των δεδομένων. Η CNP ASFALISTIKI λαμβάνει όλα τα μέτρα για τη διασφάλιση επαρκούς προστασίας των δεδομένων. Είναι απαραίτητο να συλλέξουμε και να επεξεργαστούμε αυτά τα δεδομένα για να μπορούμε να σας παρέχουμε ασφαλιστικές υπηρεσίες.

PURPOSE OF COLLECTION AND PROCESSING

CNP ASFALISTIKI LIMITED («CNP ASFALISTIKI»), its intermediaries and associates, within the context of the provision of insurance services (including, inter alia, the examination of the Proposal for the provision of insurance services, the pricing and collection of premiums, the assessment of a claim for the payment of compensation) intends to collect and process personal data that concern you or concern minors on whose behalf you provide their consent as their guardian. In certain occasions the data will be transferred to third countries which do not offer an adequate level of data protection. CNP ASFALISTIKI takes all necessary measures in order to ensure an adequate level of data protection. It is necessary that we collect and process such data so that we can provide you with insurance services.

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΤΗΣ CNP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Η CNP ASFALISTIKI όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια τους. Η Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της CNP ASFALISTIKI την οποία μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα www.cnpasfalistikiki.com περιέχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από μέρους μας και παρακαλούμε όπως την διαβάσετε προσεκτικά.

CNP ASFALISTIKI'S POLICY FOR THE PROCESSING OF PERSONAL DATA

When CNP ASFALISTIKI collects and processes personal data, it ensures that this is carried out lawfully and that all necessary measures are taken so as to ensure their safety. CNP ASFALISTIKI's Policy for the Processing of Personal Data, which you may find on www.cnpasfalistikiki.com, contains further information on the processing of personal data that is carried out; please read it carefully.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Για την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε τις ακόλουθες κύριες κατηγορίες Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα:

- Προσωπικές πληροφορίες και πληροφορίες ταυτοποίησης,
- Πληροφορίες τραπεζικών λογαριασμών,
- Πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας σας,
- Πληροφορίες οι οποίες λαμβάνονται μέσω της χρήσης της ιστοσελίδας μας και των εφαρμογών λογισμικού (apps),
- Πληροφορίες για τα περιουσιακά σας στοιχεία.
- Πληροφορίες για τις οποίες παρέχετε στο πλαίσιο τηλεφωνικής κλήσης με την CNP ASFALISTIKI,
- Πληροφορίες κατά πόσο βαρύνεστε από προηγούμενες καταδικές σχετικά με την χρήση του μηχανοκίνητου σας οχήματος, ή αν εκκρεμεί δικαστική διαδικασία εναντίον σας,
- Ασφαλιστικό ιστορικό

ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Σε περίπτωση κατά την οποία επιθυμείτε να ανακαλέσετε την συγκατάθεση σας για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να μας ενημερώσετε γραπτώς στη διεύθυνση Ακροπόλεως 17, Στρόβολος, 2006 Λευκωσία, Τ.Θ. 25218, 1307 Λευκωσία ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@cnpcyprus.com. Παρακαλούμε όπως σημειωθεί ότι σε περίπτωση ανάκλησης της συγκατάθεσης σας, ενδεχομένως να μην είμαστε σε θέση να παρέχουμε σε εσάς τις ασφαλιστικές μας υπηρεσίες.

WITHDRAWAL OF CONSENT

In case you wish to withdraw your consent to the processing of your personal data, please let us know in writing by sending a letter at the address 17, Acropoleos Avenue, 2006 Strovolos Nicosia, P.O. Box 25218, 1307 Nicosia or dpo@cnpcyprus.com. Please note that if you withdraw your consent, we may not be able to provide our insurance services to you.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Έχω διαβάσει το περιεχόμενο αυτού του εντύπου το οποίο μου έχει παρασχεθεί από την CNP ASFALISTIKI LTD και συγκατατίθεμαι στην συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα τα οποία περιγράφονται πιο πάνω, για σκοπούς παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών.

CONSENT DECLARATION

I have read the contents of this form which has been provided to me by CNP ASFALISTIKI LTD and I consent to the collection and processing of the personal data described above for the purpose of providing insurance services.

Υπογραφή Ασφαλισμένου / Insured's Signature

Υπογραφή Παθόντα / Claimant's Signature

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ / IMPORTANT NOTE:

Παρακαλούμε όπως διαβάσετε τις πιο κάτω οδηγίες με προσοχή / Please read the following instructions carefully

1. Συμπληρώστε το έντυπο αυτό με κάθε λεπτομέρεια και προσοχή / Complete this form carefully and in detail
2. Θα βασιστούμε στις απαντήσεις αυτές για να εξετάσουμε την απαίτησή σας / The handling of your claim shall be based on your answers
3. Λανθασμένες απαντήσεις είναι δυνατό να επηρεάσουν το δικαίωμά σας να έχετε έγκυρη απαίτησή / Any wrongful answers may affect the validity of your claim
4. Η συμπλήρωση και παραλαβή του έντυπου αυτού από την Εταιρεία, δεν συνεπάγεται ανάληψη ευθύνης από την Εταιρεία / The completion of this form or its receipt by the Company, does not constitute acceptance of liability by the Company

1. ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / INSURED

Αρ. Ασφαλιστηρίου / Policy No.

Όνομα & Επίθετο / Name & Surname

Αρ. Ταυτότητας / Identity Card No. Ημερομηνία Γέννησης / Date of Birth

Ηλικία / Age Ύψος / Height Βάρος / Weight

Διεύθυνση / Address

Σταθερό Τηλέφωνο / Landline Tel. Κινητό Τηλέφωνο / Mobile Tel. Φαξ. / Fax.

Επάγγελμα ή Απασχόληση (όλα αν είναι περισσότερα από ένα) / Profession or Occupation (state all if more than one)

Εβδομαδιαίες απολαβές κατά την ημέρα του ατυχήματος / Weekly salary at the time of the accident €

2. ΓΕΝΙΚΑ / GENERAL

Όνομα Ιατρού που σας παρακολούθησε / Name of doctor in attendance

Διεύθυνση του Ιατρού / Address of doctor

Σημείωση: Το ιατρικό Πιστοποιητικό στη άλλη σελίδα να συμπληρωθεί από τον ίδιο τον ιατρό / Note: The Medical Certificate overleaf should be completed by the this doctor

Είναι ο συνήθης ιατρός σας; / Is he your usual medical attendant; ΝΑΙ/YES ΟΧΙ/NO

Ημερομηνία που τον συμβουλευτήκατε για πρώτη φορά / Date on which he was first consulted

Για πόσο χρόνο είστε... / For how long have you been...

a. ολικά ανίκανος να ασκήσετε οποιοδήποτε μέρος του επαγγέλματος ή της απασχόλησης σας / completely unable to attend to any part of your profession or occupation από / From / / / μέχρι / to / / /

b. ικανός να ασκήσετε μερικώς το επάγγελμα ή την απασχόληση σας / able to attend to any partly of your profession or occupation από / From / / / μέχρι / to / / /

3. Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε το μέρος Α ή Β (αλλά όχι και τα δυο) ανάλογα με το τι ισχύει / Please complete either section A or B (but not both) as applicable

A. ΑΤΥΧΗΜΑ / ACCIDENT

Ημερομηνία / Date / / Ώρα / Time

Τόπος / Place

Δώστε λεπτομέρειες του ατυχήματος δηλώνοντας τι κάνατε κατά τη στιγμή εκείνη / Please give full details of accident indicating what you were doing at that time

Ποιές σωματικές βλάβες έχετε υποστεί; / What injuries have you sustained;

Έχετε στο παρελθόν υποφέρει από παρόμοια σωματική βλάβη και/ή έχετε υποβάλει απαίτηση σε Ασφαλιστική εταιρεία; / Have you previously suffered from similar injuries or submitted a claim to an Insurance company; NAI/YES OXI/NO
Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες / If YES, give details

Πότε άρχισε η ανικανότητα; / When did the incapacity start;

B. ΑΣΘΕΝΕΙΑ / ILLNESS

Πότε εμφανίστηκαν για πρώτη φορά τα συμπτώματα; / Date upon which symptoms first appeared; Ημερομηνία / Date / / Ώρα / Time

Πότε άρχισε η ανικανότητα; / When did the incapacity start; Ημερομηνία / Date / / Ώρα / Time

Φύση της ασθένειας / Nature of illness

Έχετε υποφέρει από το ίδιο ή παρόμοιο πρόβλημα στο παρελθόν; / Have you suffered the same or any similar problem before; NAI/YES OXI/NO
Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες πότε; / If YES, give details when;

ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Δηλώνω ότι η πιο πάνω δήλωση είναι αληθής από κάθε άποψη και γίνεται χωρίς καμία επιφύλαξη και απαιτώ όπως μου καταβληθεί το πληρωτέο ωφέλημα δυνάμει του Ασφαλιστικού Συμβολαίου / I hereby declare that the above statements are true in every respect and are made without reservation and I claim the Payable benefit due under the Insurance Policy,

Υπογραφή Ασφαλισμένου / Insured's Signature

Υπογραφή Παθόντα / Claimant's Signature

Ημερομηνία / Date

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ / TO BE COMPLETED ONLY BY THE DOCTOR

Σημείωση: Τα έξοδα για το πιστοποιητικό αυτό, πληρώνονται από τον ασθενή / Note: Any fee for this certificate, is to be paid by the patient

1. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ / MEDICAL CERTIFICATE OF INJURY ONLY

Πιστοποιείται ότι ο/η / This is to certify that
υποφέρει από / suffering from

και θα/πιθανόν να είναι ανίκανος για εργασία μέχρι / and will/propably be unfit to resume work until Ημερομηνία / Date / /

Ανικανότητα για ενασχόληση με την συνήθη εργασία άρχισε στις / Disablement from engaging in or attenting to usual business or occupation commenced Ημερομηνία / Date / /

Αν μπορεί να προσδιοριστεί η ακριβής ημερομηνία επιστροφής στην εργασία, παρακαλώ συμπληρώστε / If a definite date of return to work can be given please complete the following

Ολική ανικανότητα / Total disablement από / from / / μέχρι / to / /

Μερική ανικανότητα / Partial disablement από / from / / μέχρι / to / /

Ολική ανικανότητα υπάρχει όταν ο ασφαλισμένος δεν μπορεί να ασκήσει την εργασία του, ενώ μερική ανικανότητα θεωρείται όταν μπορεί να ασκήσει μέρος της εργασίας του / Total disablement occurs when the insured is wholly prevented from attenting to his/her work, and partial disablement implies that he/she is able to transact part of his/her work.

Κατα την γνώμη σας και χωρίς περαιτέρω εξετάσεις, η ανικανότητα ωφείλεται αποκλειστικά στο συγκεκριμένο τραυματισμό / By your knowledge and without any further examination, the disablement indicated above is attributable to the specified injury sustained; NAI/YES OXI/NO

Αν ΟΧΙ, αναφέρετε συντρέχοντες παράγοντες και σε ποιο βαθμό έχουν επηρεάσει / If NO, please state below any contributory factors and the extent to which disablement is or has been theraby affected

Αναφέρετε κατα πόσον ο ασφαλισμένος έχει εισαχθεί σε νοσοκομείο ή κλινική και δώστε λεπτομέρειες εισαγωγής και απόλυσης / State whether claimant was admitted to any hospital or clinic and give admission and discharge dates

Ημερομηνία / Date

Υπογραφή Ιατρού / Doctor's Signature

Ειδικότητα / Qualification

2. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ / MEDICAL CERTIFICATE OF ILLNESS ONLY

Πιστοποιείται ότι ο/η / This is certify that
υποφέρει από / suffering from

και πιθανόν να είναι ανίκανος για εργασία μέχρι / and propably will be unfit to resume work until Ημερομηνία / Date / /

Η ανικανότητα για ενασχόληση με την συνήθη εργασία άρχισε στις / Disablement from engaging in or attenting to usual business or occupation commenced Ημερομηνία / Date / /

Υπέφερε ο ασφαλισμένος στο παρελθόν από τη ασθένεια αυτή; Αν ΝΑΙ δώστε λεπτομέρειες / Has the insured previously suffered from this complaint; If YES, give details

Κατα την γνώμη σας και χωρίς περαιτέρω εξετάσεις, η ανικανότητα ωφείλεται αποκλειστικά στο συγκεκριμένη ασθένεια / By your knowledge and without any further examination, the disablement indicated above is attributable to the specified illness sustained; NAI/YES OXI/NO

Αν ΟΧΙ, αναφέρετε συντρέχοντες παράγοντες και σε ποιο βαθμό έχουν επηρεάσει την ανικανότητα / If NO, please state below any contributory factors and the extent to which disablement is or has been theraby affected

Αναφέρετε κατα πόσον ο ασφαλισμένος έχει εισαχθεί σε νοσοκομείο ή κλινική και δώστε λεπτομέρειες εισαγωγής και απόλυσης / State whether claimant was admitted to any hospital or clinic and give admission and discharge dates

Ημερομηνία / Date

Υπογραφή Ιατρού / Doctor's Signature

Ειδικότητα / Qualification

Σημειώσεις για τον ασφαλισμένο / Notes fo the insured

- Τα έξοδα για το πιστοποιητικό αυτό πληρώνονται από τον ασφαλισμένο / Any fee for this certificate is payable by the insured
- Περαιτέρω ιατρικά πιστοποιητικά απαιτούνται ανά δεκαπενθήμερο για την περίοδο ανικανότητας / Further medial certificates are required at fortnightly intervals during period of disablement
- Πληρωμές και ωφελήματα καταβάλλονται όταν υπάρχει ικανοποιητική ιατρική μαρτυρία / Interim payments of benefits are normally made on request subject to satisfactory medical evidence
- Ο ασφαλισμένος δυνατόν να κληθεί να υποβληθεί σε ιατρική εξέταση για λογαριασμό και με έξοδα της Εταιρείας για οποιαδήποτε απαίτηση / The Insured may be required to be submitted to medical examinations on behalf of and with the expenses of the Company in connection with the claim.