

## ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΥΠΑΞΙΩΜΑΤΙΚΩΝ ΚΥΠΡΙΑΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ

---

Όνοματεπώνυμο: .....

Αρ. Ταυτότητας: ..... Αρ. Κινητού: .....

Ημερ. Γέννησης: .....

Διεύθυνση: .....

Φύλο: Άρρεν  Θήλυ

Κάλυψη για Ασφάλεια Ζωής ✓

Ημερομηνία Έναρξης Κάλυψης: ...../...../.....

Email: .....

---

### Δήλωση καλής Υγείας

Είμαι σε καλή υγεία και εκτός από τους συνήθεις ελέγχους δεν προγραμματίζω καμία ιατρική διαδικασία, έλεγχο, θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση. Αυτή τη στιγμή, δεν είμαι σε αναρρωτική άδεια λόγω Ατυχήματος ή Ασθένειας και δεν είμαι ολικά ή μερικά ανάκανος.

Υπογραφή .....

Όνομα Υπογράφοντος .....

Ημερομηνία .....

## **Επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα**

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:

Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την αίτησή σας για συμμετοχή στο ομαδικό συμβόλαιο που αναφέρεται πιο πάνω, 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 κάλυψης 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.

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 (email) στη διεύθυνση [ccd@metlife.com](mailto: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 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](http://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

Υπογραφή Ασφαλισμένου ..... Ημερομηνία .....