

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΥΠΑΞΙΩΜΑΤΙΚΩΝ ΚΥΠΡΙΑΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ

Τ.Θ. 29322

1624

ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΤΗΛ.: 99583259

Email: sundesmosupax@gmail.com

www.syks.org.cy



Member of EUROMIL

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2019

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΜΕΛΩΝ ΣΥΚΣ ΓΙΑ ΤΟ ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Συνδέσμου Υπαξιωματικών Κυπριακού Στρατού (ΣΥΚΣ), βρίσκεται στην ευχάριστη θέση να ενημερώσει τα μέλη του ότι, από την 1^η Δεκεμβρίου 2019, τίθεται σε εφαρμογή το σχέδιο **ομαδικής ασφάλειας ζωής**, στο οποίο κατέληξε η επιτροπή του Διοικητικού Συμβουλίου η οποία συγκροτήθηκε και εξέτασε προσφορές για σχέδια ομαδικής ασφάλειας ζωής, μετά από αίτημα των μελών του ΣΥΚΣ.

Το σχέδιο που επιλέγηκε από την επιτροπή, είναι της ασφαλιστικής εταιρείας **MetLife**. Το συμβόλαιο μας με την ασφαλιστική εταιρεία έχει διάρκεια ενός έτους με δυνατότητα ανανέωσης στο πλαίσιο διαπραγμάτευσης και προϋποθέσεων και θα μπορούν να γίνουν και διάφορες τροποποιήσεις προς όφελος των μελών μας.

Η πληρωμή θα γίνεται μέσω τραπεζικής εντολής για το κάθε μέλος ξεχωριστά σε αριθμό λογαριασμού που θα δίδεται στο μέλος με την υπογραφή της αίτησής του.

Για οποιεσδήποτε απορίες ή διευκρινήσεις σχετικά με το σχέδιο μπορείτε να αποταθείτε στο μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του ΣΥΚΣ Γιώργο Ζεβλάρη στο τηλέφωνο 99937200, ο οποίος είναι ο υπεύθυνος από πλευράς ΣΥΚΣ για το εν λόγω σχέδιο και για συμμετοχή στο σχέδιο και υπογραφή της αίτησης, θα μπορείτε να αποταθείτε απευθείας στους ασφαλιστικούς μας διαμεσολαβητές στην MetLife, **Μάριο Παυλίδη 99438340 - 22845713 και Κατερίνα Παυλίδου 22845708.**

Το ασφαλιστικό σχέδιο και η αίτηση για συμμετοχή όσων ενδιαφέρονται να ενταχθούν στην εν λόγω ασφάλεια βρίσκονται πιο κάτω.

**Η
ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Αλχίας (ΔΒ) Κατερίνα Μαρκουλλίδου

ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΥΝΔΕΣΜΟ ΥΠΑΞΙΩΜΑΤΙΚΩΝ ΚΥΠΡΙΑΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ

ΕΙΔΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ	
ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΖΩΗΣ Ποσό καλύψεως για κάθε μέλος	€ 100.000

ΤΥΠΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΣΧΕΔΙΟ	ΕΤΗΣΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ
Για την Ασφάλεια Ζωής (ανά μέλος)	€196,00
Σημείωση: Όλα τα ενήλικα μέλη είναι ασφαλισμένα μέχρι την ηλικία των 69 ετών	

Σημειώσεις:

1. Ο Πίνακας Παροχών παρουσιάζει μια γενική εικόνα των καλύψεων που προσφέρονται, σημειώστε όμως ότι οι καλύψεις αυτές υπόκεινται στους Όρους και Κανονισμούς που αναφέρονται αναλυτικά στο συμβόλαιο μας.
2. Η προσφορά ισχύει με την προϋπόθεση ότι όλα τα μέλη είναι πλήρους απασχόλησης και βρίσκονται στην εργασία τους την ημερομηνία έναρξης ισχύος του συμβολαίου.
3. Θα παρέχεται κάλυψη εν ώρα υπηρεσίας, άσκησης, εκπαίδευσης και πολιτικής ζωής των ασφαλισμένων. Δεν θα παρέχεται κάλυψη σε περίπτωση πολέμου.

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 ανάικανος.

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. 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.

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