

# ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΥΠΑΞΙΩΜΑΤΙΚΩΝ ΚΥΠΡΙΑΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ

Τ.Θ. 29322, 1624

ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΤΗΛ.: 96442006

Email: [sundesmosupax@gmail.com](mailto:sundesmosupax@gmail.com)

[www.syks.org.cy](http://www.syks.org.cy)



Member of EUROMIL

10 Μαΐου 2023

Αγαπητά μέλη ,

Σας ενημερώνουμε πως ο Σύνδεσμος μας σε συνεργασία με την Eurolife, σας προσφέρει ένα νέο **Ομαδικό Σχέδιο Ασφάλισης Ζωής**.

Το συγκεκριμένο σχέδιο σας **καλύπτει**:

- Βασική Κάλυψη Ζωής €100.000
- Θάνατος από Ατύχημα €100.000
  - Δηλαδή, αν ο θάνατος επέλθει από ατύχημα ο ασφαλισμένος θα πάρει επιπρόσθετα και την Βασική Κάλυψη Ζωής = €200.000.
- Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από Ατύχημα €100.000
- Μόνιμη Απώλεια (Μερική Ανικανότητα) από Ατύχημα % €100.000

**Υπογραμμίζεται πως συμμετοχή στο σχέδιο μπορούν να έχουν μόνο τα εγγεγραμμένα μέλη του Συνδέσμου.** Εάν κάποιος/α πάψει να είναι μέλος του Συνδέσμου για οποιοδήποτε λόγο τότε η κάλυψη **σταματά αυτόματα να ισχύει**.

Τα **κύρια χαρακτηριστικά** του σχεδίου είναι:

- A) Κάλυψη και κατά τη διάρκεια **στρατιωτικής υπηρεσίας**.
- B) Δικαίωμα **εκχώρησης** σε οποιοδήποτε Τραπεζικό οργανισμό για σκοπούς **δανεισμού**.

Η συχνότητα πληρωμής είναι εξαμηνιαία **€105.00 (€210.00 ετησίως)**. Η πληρωμή μπορεί να γίνεται και ετησίως. Τα ασφάλιστρα **φοροαπαλλάσσονται** κάτω από προϋποθέσεις που καθαρίζει η νομοθεσία.

Είναι σημαντικό να **υπογραμμιστεί**:

1. **Ειδικές / Συγκεκριμένες ομάδες** όπως Ιπτάμενοι, ΟΥΚ κοκ για να συνεχίζουν να έχουν την κάλυψη και εν ώρα των ειδικών καθηκόντων τους θα υπάρχει επιπλέον χρέωση.
2. Τα **μέλη** που ήταν ασφαλισμένα και στο προηγούμενο σχέδιο θα μπορούν να συνεχίσουν στο υφιστάμενο σχέδιο, χωρίς δήλωση ιατρικού ιστορικού. Απαντώντας απλά στην ερώτηση 10 στην συγκεκριμένη δήλωση θα μπορούν άμεσα να ενταχθούν.

Για να **ενταχθεί** κάποιος νέος στο σχέδιο θα πρέπει να συμπληρωθούν τα έντυπα που θα βρείτε στην ιστοσελίδα μας και να παραδώσει τα αυθεντικά μαζί με ένα αντίγραφο της ταυτότητας του (μπρος/πίσω).

1. Δήλωση ιατρικού ιστορικού.
2. Έντυπο προσωπικών δεδομένων.

Οι **όροι και οι προϋποθέσεις** αναγράφονται αναλυτικά στο Συμβόλαιο που είναι αναρτημένο στην ιστοσελίδα μας.

Η υπεύθυνη ασφαλιστική σύμβουλος είναι η κ. Κωνσταντίνα Χαραλάμπους και μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί της για οποιασδήποτε διευκρινίσεις ή απορίες στο 24 145136 ή 97 752959 ή [c.charalambous@eurolifeadvisors.com.cy](mailto:c.charalambous@eurolifeadvisors.com.cy).

## ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Όνομα Ιδιοκτήτη: ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΥΠΑΞΙΩΜΑΤΙΚΩΝ ΚΥΠΡΙΑΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ – Σ.Υ.Κ.Σ. Αρ. Συμβολαίου :.....

Όνομα Ασφαλιζόμενου \_\_\_\_\_ Ημερ. Γέννησης \_\_\_\_\_

Αρ. Ταυτότητας \_\_\_\_\_ Φύλο \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο \_\_\_\_\_

Οικογενειακή Κατάσταση \_\_\_\_\_ Ηλεκτρονική Διεύθυνση Επικοινωνίας \_\_\_\_\_

Είδος Απασχόλησης \_\_\_\_\_ Ημερομηνία Εγγραφής στο Σχέδιο \_\_\_\_\_

Ύψος \_\_\_\_\_ Βάρος \_\_\_\_\_ Αλλαγές Βάρους κατά το τελευταίο έτος \_\_\_\_\_

Όνομα και Διεύθυνση Προσωπικού Ιατρού \_\_\_\_\_

- |  | ΝΑΙ                      | ΟΧΙ                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Είστε σε καλή κατάσταση και απαλλαγμένος από οποιαδήποτε πνευματική, ψυχική ή φυσική Ασθένεια?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Υποφέρατε στο παρελθόν ή υποφέρετε τώρα από:  |                          |                          |
| α) Ασθένεια κυκλοφοριακού συστήματος (π.χ καρδιοπάθεια, πόνους στο στήθος, ρευματικούς πυρετούς, αυξημένη πίεση αίματος, οποιαδήποτε βλάβη αρτηριών ή φλεβών)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| β) Ασθένεια αναπνευστικού συστήματος (φυματίωση, άσθμα, συνεχή βήχα, πνευμονία)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| γ) Ασθένεια ουροποιητικού συστήματος (μόλυνση νεφρών, ουρηθικών ή γενετικών οργάνων, πέτρες στους νεφρούς, αφροδίσια νοσήματα)?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| δ) Ασθένεια γαστροεντερικού συστήματος (προβλήματα χώνευσης, γαστρικά προβλήματα ή έλκος δωδεκαδάκτυλου, ηπατίτιδα Β ή άλλες ανωμαλίες στο συκώτι ή την χολή)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ε) Ασθένειες νευρικού συστήματος ή πνευματικές, ψυχικές ανωμαλίες (επιληψία, κρίσεις ή λιποθυμίες, τακτικούς πονοκεφάλους, νευρικές καταπτώσεις)?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ζ) Ασθένειες του μυοσκελετικού συστήματος (π.χ πρόπτωση δίσκου, άλγος στη μέση ή στις αρθρώσεις, ρήξη συνδέσμου ή τένοντα, κάταγμα οστού κλπ                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| η) Διαβήτη, καρκίνο ή οποιαδήποτε ασθένεια αίματος, αδένων, σπλήνας, αυτιών, ματιών ή δέρματος   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| θ) ανεξήγητος ιδρώτας κατά τον ύπνο και / ή απώλεια βάρους, συνεχής πυρετός, χρόνια ή επαναλαμβανόμενη διάρροια, ,ανεξήγητες μολύνσεις ή φουσκώματα αδένων.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ι) οποιαδήποτε άλλη ασθένεια που δεν αναφέρεται πιο πάνω?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Νοσηλευθήκατε ή έχετε συμβουλευθεί να νοσηλευθείτε σε νοσοκομείο ή κλινική ή να κάνετε οποιαδήποτε εγχείρηση  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Σας έχει ζητηθεί ποτέ ή έχετε κάνει ανάλυση αίματος για "AIDS" ή οτιδήποτε σχετικό με το "AIDS" ή σας έχουν αρνηθεί ποτέ να δώσετε αίμα?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Έχετε συμβουλευθεί ιατρό, συμπεριλαμβανομένων και των εξετάσεων ρουτίνας και αναλύσεων αίματος ή έχετε γίνει δέκτης αίματος τα τελευταία 5 χρόνια?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Έχετε καπνίσει προϊόν που περιέχει νικοτίνη τους τελευταίους 12 μήνες?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Έχετε ποτέ λάβει ή λαμβάνετε τώρα οποιοδήποτε ωφέλημα ανικανότητας?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Για κάθε καταφατική απάντηση παρακαλώ να δώσετε λεπτομέρειες (περιλαμβανομένου ημερομηνιών, διάρκειας και θεραπείας, ονόματα και διευθύνσεις γιατρών) πιο κάτω ή εάν είναι απαραίτητο επισυνάψτε τις πληροφορίες αυτές σε ξεχωριστό υπογεγραμμένο έγγραφο.

---



---



---



---

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | NAI                      | OXI                      |
| 8. Έχει Απορριφθεί ή αναβληθεί ποτέ αίτηση σας για Ασφάλεια Ζωής ή είχε γίνει δεκτή με κάποιους ειδικούς όρους ή επασφάλιστρο?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Έχετε οποιαδήποτε υφιστάμενη Κάλυψη Ζωής και /ή Ανικανότητας?<br>Εάν ναι, παρακαλώ δηλώστε ποσό κάλυψης ανά έτος , είδος κάλυψης και διάρκεια συμβολαίου. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Ασφάλεια Ζωής	Ανικανότητας
Συνολικό Ασφαλισμένο Ποσό με όλες τις Ασφαλιστικές εταιρείες	€ .....	€ .....
Με Eurolife	€ .....	€ .....
Με .....	€ .....	€ .....
Με .....	€ .....	€ .....

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10. Λαμβάνετε ή σκοπεύετε να λάβετε μέρος σε, η ασχολείστε με:  | NAI                      | OXI                      |
| α) Εξουδετερώσεις Βομβών ή / και εργασία με εκρηκτικά <u>ως κύρια ενασχόληση</u> (π.χ. πυροτεχνουργός)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| β) ΟΥΚ (Ομάδα Υποβρυχίων Καταστροφών)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| γ) Στρατιωτικές πτήσεις (με αεροπλάνο ή ελικόπτερο ή πλήρωμα)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| δ) Πτώσεις με Αλεξίπτωτο  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ε) Καταδύσεις<br>Αν η απάντηση είναι θετική να διευκρινίσετε εάν οι καταδύσεις είναι σε ώρα εργασίας ή όχι. Εάν δεν είναι σε ώρα εργασίας παρακαλώ όπως συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο καταδύσεων. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| στ) Ασκήσεις σε περιόδους πρόσκρουσης σε εχθρικές χώρες ή Ειρηνευτικές αποστολές για να δράσουν σε περιοχές πρόσκρουσης πολέμου, τρομοκρατίας, εξέγερσης  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Για κάθε καταφατική απάντηση στην ερώτηση 10 παρακαλώ να δώσετε λεπτομέρειες :

---



---



---



---



---



---

Δηλώνω ότι οι πιο πάνω δηλώσεις και απαντήσεις είναι πλήρεις και αληθινές. Συμφωνώ ότι οι απαντήσεις μου θα αποτελούν τη βάση της έκδοσης της κάλυψης μου κάτω από το Ομαδικό Σχέδιο, και ότι η Eurolife δεν θα έχει οποιαδήποτε υποχρέωση κάλυψη απαίτησης η οποία προέρχεται από ασθένεια, τραυματισμό ή θάνατο, που οφείλεται σε αιτία εις γνώση μου πριν την αίτηση μου για ασφάλιση και τη οποία αποκρύψα ή παρακράτησα από τις πιο πάνω δηλώσεις μου.

\_\_\_\_\_  
Τοποθεσία

\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία

\_\_\_\_\_  
Υπογραφή Εργοδοτούμενος

### Ενημέρωση πριν από τη Σύναψη Σύμβασης

Η πιο κάτω πληροφόρηση διατίθεται σύμφωνα με τον Περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμο 38(Ι)/2016 και τους σχετικούς Κανονισμούς.

#### 1. Πληροφορίες για την EuroLife Ltd και την προτεινόμενη ασφαλιστική σύμβαση:

- Η EuroLife Ltd είναι ιδιωτική εταιρεία περιορισμένης ευθύνης με αριθμό εγγραφής HE 36247.
- Είναι εγγεγραμμένη ασφαλιστική εταιρεία στην Κυπριακή Δημοκρατία με αριθμό άδειας 98, η οποία ασκεί εργασίες σε κλάδους ασφάλισης ζωής, ασφάλιση ζωής συνδεδεμένων με επενδύσεις, ασφάλισης υγείας, ασφάλιση ατυχημάτων και ασθενειών και κλάδος διαχείρισεως ομαδικών συνταξιοδοτικών ταμείων.
- Η έδρα της εταιρείας είναι Έβρου 4, 2003, Στρόβολος Λευκωσία.
- Κάθε ασφαλιστική σύμβαση της EuroLife διέπεται από το Κυπριακό δίκαιο και ερμηνεύεται σύμφωνα με αυτό. Για την επίλυση οποιωνδήποτε διαφορών που πιθανό να προκύψουν από τη προτεινόμενη σύμβαση, αρμόδια είναι τα δικαστήρια της Κυπριακής Δημοκρατίας.
- Όλα τα πληρωτέα προς ή από την εταιρεία μας ποσά καταβάλλονται στο επίσημο νόμισμα της Κυπριακής Δημοκρατίας.
- Το ασφάλιστρο μπορεί να πληρώνεται μηνιαία, τριμηνιαία, εξαμηνιαία ή ετήσια, και η πληρωμή του ασφαλίστρου μπορεί να γίνεται με τραπεζική εντολή, έμβασμα, επιταγή ή και μετρητά.
- Η ασφαλιστική σύμβαση τερματίζεται με:
  - Την πάροδο της περιόδου χάριτος για την πληρωμή του ασφαλίστρου
  - Την έλευση της ημερομηνίας λήξης της Σύμβασης
  - Τη μείωση του αριθμού Κυρίως Μελών κάτω από το κατώτατο όριοΟι ακριβείς τρόποι τερματισμού για κάθε συγκεκριμένο Σχέδιο αναφέρονται στη Σύμβαση του κάθε Σχεδίου, δείγματα των οποίων μπορείτε να προμηθευτείτε από την EuroLife.

#### 2. Γενικές Ενδείξεις για το Φορολογικό Καθεστώς

Τα ασφάλιστρα και τα ποσά που καταβάλλονται όταν επέλθει ο κίνδυνος που ασφαρίζεται φοροαπαλλάσσονται κάτω από προϋποθέσεις που καθορίζονται με λεπτομέρεια στον Περί Φορολογίας του Εισοδήματος Νόμο του 2002.

#### 3. Διαδικασία για υποβολή αιτιάσεων και εξωδικαστική επίλυση διαφορών

- Σε περίπτωση που επιθυμείτε να υποβάλετε κάποιο παράπονο σε σχέση με τη σύμβαση σας ή την εξυπηρέτηση που είχατε από τα στελέχη ή τους συνεργάτες μας, μπορείτε να μας ενημερώσετε με τους ακόλουθους τρόπους:
  - συμπληρώνοντας το «Έντυπο Υποβολής Παραπόνου» το οποίο μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα μας [www.eurolife.com.cy](http://www.eurolife.com.cy) και σε όλα τα καταστήματά μας.
  - Αποστέλλοντας το συμπληρωμένο έντυπο με ηλεκτρονική υποβολή μέσω της ιστοσελίδας μας, ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου [info@eurolife.bankofcyprus.com](mailto:info@eurolife.bankofcyprus.com), φαξ 22125527 ή και ταχυδρομικώς στη διεύθυνση Τ.Κ. 21655, 1511 Λευκωσία, ή να το παραδώσετε σε οποιοδήποτε κατάστημα μας.
- Μόλις παραλάβουμε το σχετικό Έντυπο θα σας επιβεβαιώσουμε γραπτώς εντός δύο (2) εργάσιμων ημερών τη λήψη του. Εντός δεκαπέντε (15) εργάσιμων ημερών θα λάβετε επιστολή που θα σας ενημερώνει για τα αποτελέσματα της διερεύνησής μας. Σε περίπτωση που ο χρόνος διαχείρισης του παραπόνου σας αναμένεται ότι θα υπερβεί τις δεκαπέντε (15) εργάσιμες μέρες, θα ενημερωθείτε εγκαίρως και γραπτώς. Σε κάθε περίπτωση θα λάβετε την απάντηση της Εταιρείας εντός σαράντα πέντε (45) ημερών από τη λήψη του παραπόνου.
- Σε περίπτωση που η απάντηση της Εταιρείας κατά την πιο πάνω διαδικασία εξέτασης αιτιάσεων δεν σας ικανοποιήσει, μπορείτε να απευθυνθείτε στον Ενιαίο Φορέα Εξώδικης Επίλυσης Διαφορών Χρηματοοικονομικής Φύσης (Λεωφόρος Λόρδου Βύρωνος 13, 1096, Λευκωσία, τηλέφωνο 22848900, φαξ 22660584, ιστοσελίδα [www.financialombudsman.gov.cy](http://www.financialombudsman.gov.cy)) δυνάμει του Περί της Σύστασης και Λειτουργίας του Ενιαίου Φορέα Εξώδικης Επίλυσης Διαφορών Χρηματοοικονομικής Φύσεως Νόμου του 2010 όπως αυτός εκάστοτε τροποποιείται ή αντικαθίσταται.
- Ανεξάρτητα με τα πιο πάνω, έχετε και το δικαίωμα προσφυγής στη δικαιοσύνη.

#### 4. Διαχειριστής Προγράμματος

Για σωστή και γρήγορη εξυπηρέτηση των Ασφαλισμένων μελών, θα σας ζητήσουμε να καθοριστεί πρόσωπο το οποίο θα ενεργεί ως διαχειριστής του Προγράμματος όσον αφορά προσθήκες/αφαιρέσεις/τροποποιήσεων στα ασφαλισμένα μέλη και την παραλαβή/αποστολή απαιτήσεων κάτω από το σχέδιο.

## 5. Χρήση Προσωπικών Δεδομένων των Μελών

Η εταιρεία μας ως ασφαλιστική εταιρεία, καθορίζει τον σκοπό και τον τρόπο επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων των μελών ομαδικού σχεδίου. Ως εκ τούτου είμαστε ο 'Υπεύθυνος Επεξεργασίας' των προσωπικών δεδομένων που θα συλλεχθούν για σκοπούς εκτέλεσης της ομαδικής σύμβασης, με την έννοια που αποδίδεται σε αυτό τον ορισμό από τον Ευρωπαϊκό Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων 2016/679 ('ΓΚΠΔ'). Ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας δεσμευόμαστε να προστατεύουμε την ιδιωτικότητα των προσωπικών δεδομένων των μελών σας και να χειριζόμαστε τα δεδομένα με ανοιχτό και διαφανή τρόπο, και σύμφωνα πάντοτε με τις υποχρεώσεις μας ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας κάτω από το ΓΚΠΔ.

Για σκοπούς έκδοσης της προσφοράς μας, δεν θα ζητήσουμε οποιαδήποτε δεδομένα τα οποία μπορούν να ταυτοποιήσουν τα μέλη της προτεινόμενης ομαδικής σύμβασης («προσωπικά δεδομένα»). Τα μοναδικά στοιχεία που ζητάμε από εσάς είναι αυτά που θα μας προσκομίσετε με το «Ξεκινώντας Συνεργασία Μαζί μας για Ομαδικό Σχέδιο».

Δεν θα πρέπει να παρέχονται σε εμάς οποιαδήποτε προσωπικά δεδομένα στο στάδιο της έκδοσης προσφοράς.

Εφόσον προχωρήσετε σε αίτηση για ομαδική σύμβαση, θα συλλεχθούν τα προσωπικά δεδομένα των μελών από την αίτηση για συμμετοχή στο ομαδικό σχέδιο, την οποία θα πρέπει να συμπληρώνει και να υπογράφει το κάθε ασφαλιζόμενο μέλος. Παρακαλούμε όπως ενημερώσετε τα μέλη σας, πριν την υποβολή της αίτησής σας, για την πλήρη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων της εταιρείας μας, η οποία είναι διαθέσιμη στη ιστοσελίδα μας [www.eurolife.com.cy](http://www.eurolife.com.cy). Εάν δεν έχει κάποιο μέλος πρόσβαση στο διαδίκτυο, μπορούμε να σας προσφέρουμε ένα έντυπο αντίγραφο κατόπιν αιτήματός του μέλους.

Σημειώνουμε ότι μαζί με τη συγκατάθεση για επεξεργασία ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων, τα μέλη θα πρέπει επίσης να δώσουν και ρητή εξουσιοδότηση, για να είμαστε σε θέση να μοιραζόμαστε με εσάς και τον Διαχειριστή Προγράμματος δεδομένα που αφορούν την υγεία τους.

## 6. Πληροφορίες για τον Ασφαλιστικό σας Σύμβουλο

- Όνομα ασφαλιστικού συμβούλου: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ
- Αρ. Ταυτότητα/Αρ. Εγγραφής Εταιρείας: 1286
- Αριθμός Π.Ε.: 6587
- Διεύθυνση: 84 ΣΠΥΡΟΥ ΚΥΠΡΙΑΝΟΥ, 6052, ΛΑΡΝΑΚΑ
- Ο ασφαλιστικός σύμβουλος είναι εγγεγραμμένος στο Μητρώο Ασφαλιστικών Πρακτόρων, Ασφαλιστικών Μεσαζόντων και Ασφαλιστικών Συμβούλων.
- Την εγγραφή του ασφαλιστικού συμβούλου μπορείτε να την επιβεβαιώσετε στην ιστοσελίδα της ΥΕΑΕ <http://mof.gov.cy/en/directorates-units/insurance-companies-control-service>
- Ο Ασφαλιστικός σας Σύμβουλος δεν κατέχει οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση συμμετοχή στην EuroLife και η EuroLife δεν κατέχει οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση συμμετοχή σε Σύμβουλο ο οποίος είναι νομικό πρόσωπο.
- Ο Σύμβουλος έχει αποκλειστική συνεργασία για διανομή προϊόντων κλάδου ζωής με τη EuroLife.
- Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες για τον ασφαλιστικό σας σύμβουλο τόσο στην EuroLife, συμπληρώνοντας το «Έντυπο Υποβολής Παραπόνου» διαθέσιμο στην ιστοσελίδα μας [www.eurolife.com.cy](http://www.eurolife.com.cy), καθώς και στον ίδιο τον ασφαλιστικό σύμβουλο.
- Ο ασφαλιστικός σύμβουλος λαμβάνει προμήθεια από την ασφαλιστική εταιρεία για την πώληση ασφαλιστικής σύμβασης.
- Δεν θα λάβετε συμβουλή ή σύσταση από τον ασφαλιστικό σας σύμβουλο. Ο σύμβουλος θα σας ζητήσει κάποια στοιχεία για να εξακριβώσει τις απαιτήσεις και τις ανάγκες σας και να σας παρέχει αντικειμενικές πληροφορίες για τα προϊόντα μας ανάλογα με αυτές. Οι εν λόγω πληροφορίες δεν συνιστούν παροχή συμβουλής και δίνονται για να είσαστε σε θέση να επιλέξετε από μόνη σας το σχέδιο που επιθυμείτε.

## 7. Προσφορά Ομαδικό Πρόγραμμα

### Θέμα : Ομαδική Ασφάλεια των Μελών του προσωπικού σας

Με την παρούσα θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για την ευκαιρία που μας δίνετε να σας υποβάλουμε την προσφορά μας σε σχέση με την ομαδική ασφάλιση των μελών του προσωπικού σας, σύμφωνα με τα δεδομένα που μας έχουν δοθεί.

#### ΒΑΣΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΖΩΗΣ

Κάλυψη σε περίπτωση θανάτου από οποιαδήποτε αιτία, εκτός της αυτοκτονίας κατά το πρώτο έτος κάλυψης του κάθε Μέλους, σύμφωνα με τους όρους της Σύμβασης.

#### ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΩΦΕΛΗΜΑΤΑ

##### 1. ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Θα καταβάλουμε το ποσό που αναγράφεται στον Πίνακα, εφόσον λάβουμε ικανοποιητικές αποδείξεις ότι ο θάνατος του Ασφαλισμένου επήλθε μέσα σε 180 μέρες από τη μέρα που ο Ασφαλισμένος υπέστη σωματική βλάβη λόγω Ατυχήματος, που συνέβη ενώ η Σύμβαση και η Ασφάλιση ήταν σε ισχύ και ήταν η αποκλειστική αιτία του θανάτου του, σύμφωνα με τους όρους της Σύμβασης.

##### 2. ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Πronoεί την πληρωμή του Ασφαλισμένου Ποσού σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος καταστεί Μόνιμα Ολικά Ανίκανος για το επάγγελμα του, ή οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα το οποίο αρμόζει στην μόρφωση, εκπαίδευση και εμπειρία του Ασφαλισμένου, από Ατύχημα, σύμφωνα με τους όρους της Σύμβασης.

##### 3. ΜΟΝΙΜΗ ΑΠΩΛΕΙΑ (ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ) ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ %

Πronoεί την πληρωμή του ποσοστού του Ασφαλισμένου Ποσού, που καθορίζεται ανάλογα με τον βαθμό ανικανότητας (όπως καθορίζεται στον Πίνακα Μερικής Ανικανότητας) σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος υποστεί μόνιμη απώλεια ή απώλεια της χρήσης μέλους του σώματος, από Ατύχημα.

Η Ασφάλεια Ζωής και οποιαδήποτε επιπρόσθετα ωφελήματα καλύπτουν άτομα ηλικίας μέχρι 65 ετών.

#### ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

Ασφαλισμένα Μέλη θα είναι – σε εθελοντική βάση – το προσωπικό σας (1902 άτομα), σύμφωνα με τα δεδομένα που μας έχουν δοθεί.

#### ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ ΠΟΣΟ

Το Ασφαλισμένο Ποσό θα είναι €100.000 , ανά Ασφαλισμένο Μέλος.

#### ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ

Τα απαιτούμενα Ασφάλιστρα ανά Ασφαλισμένο Μέλος –για κανονικούς κινδύνους- θα έχουν ως ακολούθως:

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ		
	ΜΗΝΙΑΙΟ ΑΝΑ ΜΕΛΟΣ	ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΑ ΜΕΛΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΤΗΣΙΑ
ΒΑΣΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΖΩΗΣ	€11,50	€138,00	€262.476,00
ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	€3,00	€36,00	€68.472,00
ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	€1,50	€18,00	€34.236,00
ΜΟΝΙΜΗ ΑΠΩΛΕΙΑ (ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ) ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ%	€1,50	€18,00	€34.236,00
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ</b>	<b>€17,50</b>	<b>€210,00</b>	<b>€399.420,00</b>

## **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

### **ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΑ ΜΕΛΗ**

Όλα τα πιο πάνω μέλη θα γίνουν αποδεκτά για ασφάλιση χωρίς οποιαδήποτε Εκτίμηση Κινδύνου που αφορά ιατρικό ιστορικό.

Όλα τα υφιστάμενα μέλη θα πρέπει να συμπληρώσουν μόνο την Ερώτηση 10 στη φόρμα «Δήλωση Ιατρικού Ιστορικού Ασφαλιζομένου». Νοείται ότι η Εταιρεία μας βάση του πιο πάνω έχει το δικαίωμα να επιβάλει οποιοδήποτε επασφάλιστρο ή / και Ειδικό Όρο.

Μέλη τα οποία είχαν γίνει αποδεκτά για ασφάλιση σε προηγούμενη Σύμβαση με οποιοσδήποτε ειδικούς όρους, θα παραμείνουν ως έχουν.

Ο Σύνδεσμος Υπαξιωματικών Κυπριακού Στρατού για σκοπούς καταχώρησης των προσωπικών στοιχείων των μελών του, θα πρέπει να μας αποσταλεί αρχείο με ονοματεπώνυμα, ημερομηνίες γεννήσεως και αριθμούς ταυτότητας των μελών του.

### **ΝΕΑ ΜΕΛΗ**

Όλοι οι προτεινόμενοι για Ασφάλιση θα πρέπει να συμπληρώσουν «Δήλωση Ιατρικού Ιστορικού Ασφαλιζομένου» (Δείγμα Επισυνάπτεται).

Νοείται ότι η Εταιρεία μας στις πιο πάνω περιπτώσεις έχει το δικαίωμα να ζητήσει οποιοσδήποτε Ιατρικές Εξετάσεις, να επιβάλει οποιοδήποτε επασφάλιστρο ή / και Ειδικό Όρο ή ακόμη και να απορρίψει οποιοδήποτε μέλος.

### **ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ**

- Η προσφορά ισχύει για περίοδο (3) τριών μηνών από την ημερομηνία της επιστολής αυτής.
- Οι πιο πάνω πληροφορίες έχουν απλώς ενημερωτικό χαρακτήρα. Οι όροι και προϋποθέσεις της Ομαδικής Ασφάλειας θα περιγράφονται με λεπτομέρεια στο Ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί, δείγμα του οποίου επισυνάπτεται.
- Τα ασφάλιστρα έχουν υπολογιστεί με βάση τα δεδομένα που μας έχουν δοθεί. Σε περίπτωση αλλαγής οποιωνδήποτε από αυτά μπορεί να υπάρξει αύξηση ή και μείωση των ασφαλιστρών.
- Τα ετήσια ασφάλιστρα, όπως καθορίζονται πιο πάνω, είναι εγγυημένα για περίοδο (1) ενός έτους.
- Το Ασφάλιστρο υπολογίζεται κατά την έναρξη της Σύμβασης και σε κάθε ανανέωση της Σύμβασης με βάση την εκάστοτε ηλικία των Ασφαλισμένων, τα Ασφάλιστρα που ισχύουν τη στιγμή της έναρξης ή της ανανέωσης και/ή την εμπειρία της Ομάδας σε απαιτήσεις.
- Η διάρκεια ισχύος της Ασφαλιστικής Συμβάσεως θα είναι για (1) ένα έτος από την ημερομηνία έναρξης της Σύμβασης. Η ημερομηνία έναρξης της Σύμβασης πρέπει να είναι κατά τη διάρκεια ισχύος της πρότασης αυτής όπως αυτή εμφανίζεται στην παράγραφο 1 πιο πάνω.
- Τα Επιπρόσθετα Ωφελήματα μπορούν να προσφερθούν μόνο σε συνδυασμό με την Ασφάλεια Ζωής.
- Σε περίπτωση που πληρωθεί απαίτηση για Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από Ατύχημα και στη συνέχεια προκύψει Θάνατος από το ίδιο περιστατικό, από το ποσό της αποζημίωσης για το Θάνατο θα αφαιρείται το ποσό που πληρώθηκε για τη Μόνιμη Ολική Ανικανότητα.
- Σε περίπτωση που πληρωθεί απαίτηση για Μόνιμη Μερική Ανικανότητα από Ατύχημα και στη συνέχεια προκύψει Ολική Ανικανότητα από το ίδιο περιστατικό, από το ποσό της αποζημίωσης για τη Ολική Ανικανότητα από Ατύχημα θα αφαιρείται το ποσό που πληρώθηκε για τη Μερική Ανικανότητα.
- Ειδική πρόνοια για επέκταση κάλυψης για το Ωφέλημα Ασφάλειας Ζωής έναντι των ακόλουθων έναντι των ακόλουθων κινδύνων/περιστατικών:
  - α. Στις περιπτώσεις πολέμου (κηρυγμένου ή μη) στη Κύπρο/Ευρώπη.
- Ειδική πρόνοια για επέκταση κάλυψης για τα επιπρόσθετα ωφελήματα έναντι των ακόλουθων κινδύνων/περιστατικών:
  - α. Κατά τη διάρκεια στρατιωτικής υπηρεσίας εν καιρώ ειρήνης.

Σας ευχαριστούμε που μας δίνετε την ευκαιρία να σας υποβάλουμε την προσφορά μας. Τόσο ο Ασφαλιστικός σας Σύμβουλος όσο και το προσωπικό της Διεύθυνση Στρατηγικής και Ανάπτυξης Εργασιών, στα κεντρικά γραφεία της Εταιρείας μας, είμαστε στη διάθεση σας για οποιοσδήποτε επιπρόσθετες πληροφορίες ή επεξηγήσεις χρειαστείτε.

Με εκτίμηση,  
Eurolife Ltd





#### 8. Δηλώσεις Προτεινόμενου Ιδιοκτήτη

- Έχουμε μελετήσει και κατανοήσει τις πληροφορίες που υπάρχουν σε αυτό το έντυπο.
- Έχουμε μελετήσει και κατανοήσει την προσφορά που μας έχει δοθεί και αποδεχόμαστε ότι η προσφορά είναι σύμφωνη με τις δικές μας ανάγκες και επιθυμίες.

Υπογραφή Προτεινόμενου Ιδιοκτήτη: .....  
(με σφραγίδα αν υπάρχει)

Τόπος και Ημερομηνία: .....

## **Ο ΠΕΡΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ) ΝΟΜΟΣ (138(Ι)/2001)**

Με βάση τις πρόνοιες του πιο πάνω Νόμου, η Τράπεζα Κύπρου Λτδ, σαν Υπεύθυνος Επεξεργασίας, ενημερώνει το Υποκείμενο των δεδομένων, ότι για την σύναψη και την εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης είναι απαραίτητη η επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μερικά από τα οποία θεωρούνται Ευαίσθητα Δεδομένα.

Τα δεδομένα θα καταχωρούνται, σε φυσική ή ηλεκτρονική μορφή, σε ένα ή περισσότερα διασυνδεδεμένα μεταξύ τους αρχεία, τα οποία θα τηρούνται από την Εταιρεία ή άλλη εταιρεία του Συγκροτήματος της Τράπεζας Κύπρου ή άλλη συμβεβλημένη / συνεργαζόμενη εταιρεία.

Πέραν του βασικού σκοπού επεξεργασίας που είναι η εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης, τα δεδομένα θα υπόκεινται σε επεξεργασία με σκοπό την Προώθηση Προϊόντων και Υπηρεσιών ή / και την Έρευνα και Στατιστική Ανάλυση.

Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού της Εταιρείας ή του Συγκροτήματος της Τράπεζας Κύπρου ή των συμβεβλημένων / συνεργαζομένων εταιρειών, τα οποία τελούν υπό τον έλεγχο του Εκτελούντος την Επεξεργασία και τηρούν την αρχή του απορρήτου. Επίσης αποδέκτες μπορεί να είναι οι Ιατροί, οι οποίοι έχουν εξετάσει ή θα εξετάσουν το Υποκείμενο των Δεδομένων, καθώς και το αρμόδιο προσωπικό των κλινικών τους.

Το Υποκείμενο των Δεδομένων έχει τα δικαιώματα Ενημέρωσης, Πρόσβασης, Διόρθωσης και Αντίρρησης για επεξεργασία των προσωπικών του δεδομένων. Ειδικότερα για την επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων, απαιτείται η ρητή συγκατάθεση του Υποκειμένου των Δεδομένων.

Σε περίπτωση ολικής άρνησης στην παροχή συγκατάθεσης ή αντίρρησης για επεξεργασία, η Εταιρεία θα δικαιούται να μη αποδεχθεί την Αίτηση για Ασφάλιση, ή να τερματίσει την Ασφαλιστική Σύμβαση, ή να απορρίψει την Απαίτηση Αποζημίωσης.

**Δήλωση του Υποκειμένου των Δεδομένων:** Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για τις πρόνοιες του Νόμου και με την υπογραφή της Δήλωσης αυτής παρέχω την Ρητή Συγκατάθεση μου για συλλογή και επεξεργασία των Προσωπικών μου Δεδομένων, ευαίσθητων ή μη.

Επίσης δηλώνω την συγκατάθεση μου στην επεξεργασία των Προσωπικών μου Δεδομένων από τις Εταιρείες του Συγκροτήματος της Τράπεζας Κύπρου, για σκοπούς Προώθησης Πώλησης Προϊόντων ή Παροχής Υπηρεσιών εξ αποστάσεως. **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

Υπογραφή του Υποκειμένου των Δεδομένων: .....

Όνοματεπώνυμο του Υποκειμένου των Δεδομένων: .....

Αριθμός Ταυτότητας Υποκειμένου των Δεδομένων : .....

Τόπος & Ημερομηνία : .....

Τρέχουσα Ημερομηνία: 03/05/2023 08:31

Branch: Internet Banking 0195

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ IBAN**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ METROLIFE IN. AG. SUB AG.& CONS. LT  
ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ 357031887556  
ΝΟΜΙΣΜΑ EUR  
ΕΙΔΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ CURRENT

Σας ενημερώνουμε ότι ο **IBAN** του λογαριασμού σας είναι ο

ΕΝΤΥΠΗ ΜΟΡΦΗ CY90 0020 0195 0000 3570 3188 7556  
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ CY90002001950000357031887556

και η διεύθυνση **SWIFT** (κωδικός BIC) της Τράπεζας Κύπρου Δημόσιας Εταιρείας ΛΤΔ είναι ο **BCYPCY2N**.

Ο **IBAN** χρησιμοποιείται για σκοπούς αναγνώρισης του λογαριασμού σας στις περιπτώσεις εμβασμάτων οπότε και πρέπει να χρησιμοποιείται στην ηλεκτρονική του μορφή

Το έγγραφο αυτό δεν χρειάζεται υπογραφή.



## Ερωτηματολόγιο Δυτών Skin and Scuba Diving Questionnaire

Όνομα : .....

Name :

Αρ. Ταυτότητας : .....

Identity Number :

Ημερ. Γέννησης : .....

Date of Birth :

1. Τι είδος καταδυτικού εξοπλισμού χρησιμοποιείτε; Ελεύθερο  Οξυγόνο  Άλλο   
What type of diving equipment do you use? Snorkel Scuba Other

2. Χρησιμοποιείτε φουσκωτό γιλέκο στις καταδύσεις;  
Do you use an inflatable vest in all dives?

3. Πόσο συχνά καταδύεσαι;  
How frequently do you dive?

4. (α) Σε τι βάθος καταδύεσαι συνήθως;  
What is the usual depth of your dives?  
(β) Ποιό είναι το μέγιστο βάθος που καταδύεσαι; Πόσο συχνά;  
What is the maximum depth? How often?

5. Που καταδύεσαι συνήθως; Παράκτια ύδατα  Ωκεάνια ύδατα  Άλλου  (δώστε λεπτομέρειες)  
Where do you dive? Inland waters Ocean Other (give details)

6. (α) Τι περίοδο του χρόνου καταδύεσαι;  
Over what period of the year do you dive?  
(β) Καταδύεσαι κάτω από πάγο;  
Do you dive under ice?

7. Είστε μέλος αναγνωρισμένου οργανισμού καταδύσεων; (Αν ναι, δώστε όνομα και διεύθυνση του οργανισμού καθώς και τον αριθμό εγγραφής σας).  
Are you a member of a recognized diving organization? (If yes, give name and address of organization and your registration no., if any)

8. Έχετε επίσημα συμπληρώσει κύκλο εκπαίδευσης καταδύσεων;  
Have you successfully completed a formal diver course?

9. Καταδύεσαι μόνος;  
Do you dive alone?

10. Προσδιορίστε είδος καταδύσεων: Indicate type of diving:  
Αναψυχής  Δίνοντας Εκπαίδευση  Κατασκευών  Διάσωσης  Άλλο   
Pleasure Giving Instruction Construction Salvage Other

11. Είχατε ποτέ ατύχημα σχετικό με καταδύσεις;  
Have you ever had an accident related to diving?

12. Επιπρόσθετες πληροφορίες:  
Additional information:

Έχω διαβάσει τις πιο πάνω δηλώσεις και απαντήσεις και δηλώνω ότι εξ όσον γνωρίζω και πιστεύω είναι αληθής. Κατανοώ ότι αυτές αποτελούν μέρος της αίτησης μου για ασφάλιση της ζωής μου με την EuroLife Ltd.  
I have read the above statements and answers and they are complete and true to the best of my knowledge and belief. I understand they will form a part of the application to EuroLife Ltd., for insurance on my life.

Υπογραφή .....

Signature

Ημερομηνία .....

Date