

# ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΥΠΑΞΙΩΜΑΤΙΚΩΝ ΚΥΠΡΙΑΚΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ

Τ.Θ. 29322, 1624

ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΤΗΛ.: 94044155

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).

## **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 : .....