

Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη Αλλοδαπών Εργοδοτούμενων

Πρόταση Ασφάλισης Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη Αλλοδαπών Εργοδοτούμενων

- Σημειώστε (✓) όπου απαιτείται, απαντήσετε πλήρως όλες τις ερωτήσεις της Πρότασης Ασφάλισης και υπογράψετε στο μέρος «Υπεύθυνη Δήλωση».
- Επικοινωνήστε με την Εταιρεία μας ή με τον Ασφαλιστικό σας Διαμεσολαβητή για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή άλλη πληροφορία.
- Παραδώστε την Πρόταση Ασφάλισης δεόντως συμπληρωμένη και υπογραμμένη στα κατά τόπους γραφεία της Εταιρείας μας ή στον Ασφαλιστικό σας Πράκτορα.

Στοιχεία Συμβαλλόμενου

Όνοματεπώνυμο / Επωνυμία Εργοδότη		
Αριθμός Ταυτότητας / Αριθμός Εγγραφής Εταιρείας	Αριθμός Μητρώου Εργοδότη	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας		
	Πόλη	T.K.
Τηλέφωνα Επικοινωνίας 1.	2.	Φαξ
Ηλεκτρονική Διεύθυνση		
Επάγγελμα ή Εργασία		

Στοιχεία Ασφαλισμένου Προσώπου

Όνοματεπώνυμο Αλλοδαπού Εργοδοτούμενου				
Ημερομηνία Γέννησης	Αρ. Διαβατηρίου	Χώρα Έκδοσης	Γένος: Άρρεν	Θήλυ
Διεύθυνση Εργασίας				
	Πόλη	T.K.		
Διεύθυνση Διαμονής (αν διαφέρει από τη Διεύθυνση Εργασίας)				
Τηλέφωνα Επικοινωνίας 1.	2.	Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων		
Επάγγελμα ή Εργασία				

Περίοδος Ασφάλισης

	Ημέρα	Μήνας	Έτος		Ημέρα	Μήνας	Έτος	
Από		/	/		Μέχρι		/	/

Ασφαλιστική Κάλυψη (Σημειώστε ✓ στο Σχέδιο της επιλογής σας):

- Σχέδιο 1 - Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη
- Σχέδιο 2 - Ενδονοσοκομειακή & Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη

Περιγραφή Κάλυψης Ποσοστό Κάλυψης 90% (το 10% θα καταβάλλεται από τον εργοδότη)	Τύπος Σχεδίου	
	Σχέδιο 1	Σχέδιο 2
1. ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ		
ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΚΑΤΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ή ΑΤΥΧΗΜΑ	€9.000	€9.000
ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΔΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	€14.000	€14.000
ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ (ΔΩΜΑΤΙΟ ΚΑΙ ΤΡΟΦΗ για κάθε μέρα)	€75	€75
ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ (ΔΩΜΑΤΙΟ ΚΑΙ ΤΡΟΦΗ για κάθε μέρα διαμονής του Ασφαλισμένου Προσώπου σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης)	€175	€175
ΩΦΕΛΗΜΑ Τοκετού (Φυσιολογικός ή με καισαρική τομή) εφάπαξ ποσό Το ωφέλημα είναι πληρωτέο νοουμένου ότι: (α) Ο τοκετός γίνεται τουλάχιστον δέκα μήνες μετά την έναρξη του Ασφαλιστηρίου, και (β) Σε περίπτωση τερματισμού της εργοδότησης του Ασφαλισμένου Προσώπου, νοουμένου ότι η έναρξη της εγκυμοσύνης έγινε μέσα σε περίοδο που παρείχτο κάλυψη στο Ασφαλισμένο Πρόσωπο, τηρουμένης πάντοτε της προϋπόθεσης (α)	€550	€550
ΚΑΛΥΨΗ ΕΞΟΔΩΝ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΣΟΡΟΥ	€3.500	€3.500
2. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ		
ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΚΑΤΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ή ΑΤΥΧΗΜΑ	Δεν Ισχύει	€700
ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΔΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	Δεν Ισχύει	€1.800
ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΚΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ	Δεν Ισχύει	€20

Υπάρχει οποιαδήποτε συμμετοχή σε Συντεχνιακό Σχέδιο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ιατρικό Ιστορικό Αλλοδαπού Εργοδοτούμενου

(Σημειώστε ✓ και απαντήστε πλήρως όπου απαιτείται)

1. Πάσχει το Ασφαλισμένο Πρόσωπο από διαβήτη, επιληψία ή καρδιακό πρόβλημα ή από μειωμένη όραση ή ακοή ή από άλλη σωματική ή διανοητική ασθένεια ή αναπηρία; NAI OXI
Αν απαντήσατε ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες _____
2. Έχει το Ασφαλισμένο Πρόσωπο, κατά τα τελευταία 5 χρόνια, υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή έχει συμβουλευθεί ότι μία τέτοια επέμβαση πιθανόν να είναι αναγκαία σε κάποια στιγμή; NAI OXI
Αν απαντήσατε ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες _____
3. Έχει το Ασφαλισμένο Πρόσωπο, κατά τα τελευταία 5 χρόνια, μείνει σαν εσωτερικός ασθενής σε νοσοκομείο ή κλινική; NAI OXI
Αν απαντήσατε ΝΑΙ, δηλώστε:
Ημερομηνίες _____
Ασθένεια ή Πάθηση _____
Σημερινή κατάσταση υγείας σε συσχέτισμό με την πιο πάνω ασθένεια ή πάθηση _____

Γενικές Πληροφορίες

1. Έχει ποτέ απορριφθεί ή γίνει δεκτή με ειδικούς όρους πρόταση προς όφελος οποιουδήποτε αλλοδαπού εργοδοτούμενου σας για ασφάλεια Ζωής ή Ατυχημάτων ή Νοσηλευτικών Εξόδων ή Ασθένειας ή έχει οποιoδήποτε Εταιρεία ακυρώσει ή αρνηθεί ν' ανανεώσει συμβόλαιο ή ζήτησε να επιβάλει ειδικούς όρους στο Ασφαλισμένο Πρόσωπο; NAI OXI
2. Έχετε ποτέ υποβάλει, υπό την ιδιότητα σας ως εργοδότης, οποιαδήποτε απαίτηση κατά τα τελευταία 5 χρόνια σε σχέση με οποιαδήποτε κάλυψη που παρέχεται από το Ασφαλιστήριο αυτό; NAI OXI
3. Έχετε τώρα ή είχατε προηγουμένως σε ισχύ ασφάλιση για Προσωπικά Ατυχήματα ή για Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη; NAI OXI
4. Παρέχετε οποιαδήποτε άλλη αποζημίωση προς όφελος του αλλοδαπού εργοδοτούμενου σας ή διαθέτετε άλλο ταμείο για ιατρικά έξοδα; NAI OXI
5. Διατηρείτε σε ισχύ με την Εταιρεία μας οποιαδήποτε άλλη ασφάλιση; NAI OXI
Αν απαντήσατε ΝΑΙ, σε οποιοδήποτε από τα ερωτήματα 1 - 5 πιο πάνω, δώστε λεπτομέρειες. _____

Οδηγίες Πληρωμής Ασφαλίσεων (Παρακαλώ σημειώστε ✓ ανάλογα)

- (1) Εξόφληση σε ΜΙΑ δόση
- (4) Εξόφληση σε ΤΕΣΣΕΡΙΣ συνεχείς μηνιαίες δόσεις. (Εφάπαξ επιβάρυνση €4.00)
- (7) Εξόφληση σε ΕΦΤΑ συνεχείς μηνιαίες δόσεις. (Εφάπαξ επιβάρυνση €10.00). Η επιλογή αυτή ισχύει μόνο για ετήσια ασφαλιστήρια.

Σημείωση: Σε όλες τις περιπτώσεις η 1^η δόση είναι πληρωτέα πριν ή κατά την ημερομηνία έναρξης της Περιόδου Ασφάλισης.

ΤΡΑΠΕΖΙΚΗ ΕΝΤΟΛΗ

Για εξόφληση των πιο πάνω δόσεων με Τραπεζική Εντολή Άμεσης Χρέωσης, παρακαλείσθε όπως συμπληρώσετε και υπογράψετε την ειδική Εντολή που μπορείτε να προμηθευτείτε από την Εταιρεία ή τον Ασφαλιστικό σας Διαμεσολαβητή. Για κάθε Ασφαλιστήριο θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή Εντολή.

Προστασία Προσωπικών Δεδομένων

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR) (ΕΕ) 2016/679 καθώς και οποιωνδήποτε άλλων σχετικών νομοθεσιών, η Commercial General Insurance Ltd (CGI), ως ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας, συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και/ή ευαίσθητα δεδομένα, με σκοπό την παροχή των υπηρεσιών που ζητούνται από τον Προτείνοντα μέσω της παρούσας Πρότασης. Η CGI μπορεί να διαβιβάσει τα προσωπικά δεδομένα σε τρίτο μέρος στο βαθμό που αυτό απαιτείται ως συμβατική αναγκαιότητα, λόγω νομικών υποχρεώσεων και/ή προστασία νόμιμου συμφέροντος της. Τα δεδομένα θα καταχωρούνται σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, σ' ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του Νόμου, τα οποία θα τηρούνται από τη CGI ή από άλλη συμβεβλημένη/συνεργαζόμενη εταιρεία ή πρόσωπο.

Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι τα εξουσιοδοτημένα μέλη του προσωπικού της CGI καθώς και αυτά των συμβεβλημένων/συνεργαζόμενων εταιρειών ή προσώπων. Η επεξεργασία δεδομένων είναι απόρρητη και θα διεξάγεται μόνο από πρόσωπα που τελούν υπό τον άμεσο ή έμμεσο έλεγχο της CGI. Σε κάθε περίπτωση, η CGI έχει βεβαιωθεί πως αυτά τα πρόσωπα ενεργούν με βάση τις απαραίτητες αρχές προστασίας δεδομένων όπως αυτές περιγράφονται στις κατευθυντήριες γραμμές που έχει θέσει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων.

Σε σχέση με τα προσωπικά δεδομένα που χειρίζεται η CGI, οι Προτείνοντες έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν:

- Πρόσβαση στα προσωπικά τους δεδομένα.
- Διόρθωση των προσωπικών τους δεδομένων.
- Διαγραφή των προσωπικών τους δεδομένων.
- Να σταματήσει η CGI την επεξεργασία των προσωπικών τους δεδομένων.
- Τον περιορισμό της Επεξεργασίας των προσωπικών τους δεδομένων.
- Μεταφορά των προσωπικών τους δεδομένων σε άλλο μέρος.

Οι Προτείνοντες που επιθυμούν να εξασκήσουν τα δικαιώματά τους σύμφωνα με τις πρόνοιες του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων ή άλλης συναφούς νομοθεσίας όπως περιγράφεται πιο πάνω ή χρειάζονται περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων μπορούν να επικοινωνήσουν με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της CGI στη διεύθυνση Commercial Union House, Λεωφόρος Αρχ. Μακαρίου III 101, 1071, Λευκωσία ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο DPO@cgi.com.cy.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την προστασία δεδομένων μπορείτε να βρείτε στην δήλωση απορρήτου της CGI στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.cgi.com.cy>.

Ευαίσθητα Δεδομένα

Μέσω της Πρότασης αυτής, η Commercial General Insurance Ltd (CGI) συλλέγει δεδομένα υγείας, τα οποία θεωρούνται ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα και η συγκατάθεσή σας είναι απαραίτητη ούτως ώστε να είμαστε σε θέση να τα επεξεργαστούμε. Η επεξεργασία τέτοιων προσωπικών δεδομένων θα μας επιτρέψει να αξιολογήσουμε τον ασφαλιστικό κίνδυνο. Παρακαλώ σημειώστε ότι δεν είστε υποχρεωμένοι να μας δώσετε την άδειά σας και έχετε το δικαίωμα να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή μετά που την έχετε δώσει, επικοινωνώντας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της CGI. Ωστόσο, σε περίπτωση άρνησης στην παροχή συγκατάθεσης ή αντίρρησης για επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων, η CGI θα δικαιούται να μην αποδεχθεί την Πρόταση για Ασφάλιση ή να τερματίσει την ασφαλιστική σύμβαση ή να απορρίψει οποιαδήποτε αίτηση για αποζημίωση. Η CGI θα διατηρεί τα προσωπικά δεδομένα για το ελάχιστο δυνατό χρονικό διάστημα που είναι απαραίτητο για την εκπλήρωση των συμβατικών και νομικών της υποχρεώσεων.

Συγκατάθεση (Παρακαλώ σημειώστε ✓ ανάλογα)

- Συμφωνώ** με την επεξεργασία των ευαίσθητων δεδομένων μου από την CGI για τους πιο πάνω αναφερόμενους λόγους.
- Δεν συμφωνώ** με την επεξεργασία των ευαίσθητων δεδομένων μου από την CGI για τους πιο πάνω αναφερόμενους λόγους.

Συγκατάθεση για Εμπορικούς Σκοπούς (Παρακαλώ σημειώστε ✓ ανάλογα)

Επιθυμώ να ενημερώνομαι σχετικά με ασφαλιστικές υπηρεσίες ή προϊόντα που θα προσφέρει η Commercial General Insurance Ltd (CGI) από καιρό εις καιρό. Γι' αυτό το σκοπό συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων που με αφορούν από την CGI, με σκοπό την ενημέρωσή μου για τέτοιες ασφαλιστικές υπηρεσίες ή προϊόντα.

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Υπεύθυνη Δήλωση

Δηλώνω ότι οι πληροφορίες και τα στοιχεία που έχουν δοθεί στην Πρόταση αυτή είναι πλήρη και αληθή και ότι δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ επίσης ότι η Πρόταση και Δήλωση αυτή θα είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα, θα αποτελεί τη βάση της ασφαλιστικής σύμβασης μεταξύ μου και της Commercial General Insurance Ltd (CGI) και θα θεωρείται ως να ενσωματώνεται στο Ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί.

Δηλώνω ότι έλαβα γνώση από την CGI και/ή από το πρόσωπο που ασκεί για λογαριασμό της δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών προϊόντων, τα στοιχεία του οποίου εμφανίζονται πιο κάτω, όλων των γενικών, προσυμβατικών και/ή άλλων πληροφοριών που καθορίζονται στον Περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμο του 2016 και τους σχετικούς Κανονισμούς ή οποιουδήποτε άλλου Νόμου ή Κανονισμού τους τροποποιεί ή τους αντικαθιστά.

Δηλώνω περαιτέρω ότι έχω μελετήσει και κατανοήσει πλήρως όλες τις πληροφορίες που μου γνωστοποιήθηκαν σύμφωνα με τις πρόνοιες της πιο πάνω Νομοθεσίας.

Υπογραφή Προτείνοντα

Ημερομηνία

Υπογραφή Εργοδοτούμενου (Ασφαλισμένου Προσώπου)

Ημερομηνία

Επωνυμία Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή:



COMMERCIAL GENERAL INSURANCE LTD

Κεντρικά Γραφεία: Commercial Union House, Λεωφόρος Αρχ. ΜακαρίουΓ' 101, 1071 Λευκωσία

Τ.θ. 21312, 1506 Λευκωσία, Κύπρος, Τηλέφωνο 22 505 000, Τέλεραξ 22 376 155

E-mail: info@cgi.com.cy Website: www.cgi.com.cy

Σελίδα 5 από 5

06/2019