



eurosure
INSURANCE COMPANY LTD

**ΠΡΟΤΑΣΗ
ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΚΑΙ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ**

(Για Εσωτερική Χρήση Μόνο)				
Αρ. Λογαριασμού	Αρ. Ασφαλισμένου	U/W	Οπισθογραφήσεις	Άλλες Οδηγίες
Αριθμός Συμβολαίου				

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΠΡΟΤΑΣΗ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΤΕ «✓» ΣΤΑ ΤΕΤΡΑΓΩΝΑ ΟΠΟΥ ΙΣΧΥΟΥΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΕΡΓΟΔΟΤΗ)

Πλήρες Όνομα Προτείνοντα			
Ταχυδρομική Διεύθυνση			
Περιοχή / Χωριό			Ταχυδρομική Θυρίδα
Ταχυδρομικός Κώδικας	Πόλη		Ταχ. Κώδικας Θυρίδας
Επάγγελμα Προτείνοντα			Τηλέφωνο Οικίας
Αρ. Ταυτότητας/ Αρ. Εγγραφής Εταιρείας			Φαξ Οικίας
Αριθμός Μητρώου Εργοδότη (Α.Μ.Ε.)			Κινητό Τηλέφωνο
Ηλεκτρονική Διεύθυνση (email)			Τηλέφωνο Εργασίας
Είδος Διεξαγόμενης Εργασίας			Φαξ Εργασίας
Τόπος Συνήθους Διεξαγωγής Εργασιών			

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΚΑΛΥΨΗ	Ενδοноσοκομειακή Περίθαλψη ☐	Εξωноσοκομειακή Περίθαλψη ☐	Θάνατο από Ατύχημα και Μεταφορά Σωρού μόνον ☐	Ασφάλιση Ευθύνης Εργοδότη ☐
---------------------------	--	---	---	---

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	Από Πμ/μμ/...../..... μέχρι τα μεσάνυχτα/...../.....
---------------------------	--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ)

Πλήρες Όνομα Εργοδοτούμενου			
Αρ. Διαβατήριου ή Αρ. ΔΕΑ / ARC			Ημερ. Γέννησης
Εθνικότητα			Γένος
Οικογενειακή Κατάσταση			Αρ. Παιδιών κάτω των 18 ετών
Ύψος (m)			Βάρος (κιλά)
Ετήσιο Μεικτό Εισόδημα	€		Τηλέφωνο

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ

i) Υποφέρετε απ' οποιαδήποτε ασθένεια, πάθηση ή σωματική βλάβη ή αναπηρία; ΝΑΙ ☐ ή ΟΧΙ ☐ Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες
ii) Έχετε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση τα τελευταία πέντε χρόνια; ΝΑΙ ☐ ή ΟΧΙ ☐ Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες
iii) Έχετε μείνει σαν εσωτερικός ασθενής σε νοσοκομείο ή κλινική τα τελευταία πέντε χρόνια; ΝΑΙ ☐ ή ΟΧΙ ☐ Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες
iv) Οι ιατρικές εξετάσεις που έγιναν για την εξασφάλιση άδειας παραμονής και εργασίας σας έχουν δείξει οποιαδήποτε προβλήματα υγείας; ΝΑΙ ☐ ή ΟΧΙ ☐

ΑΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ

- | | |
|--|---|
| 1) Έχετε υποβάλει απαίτηση κάτω από συμβόλαιο Προσωπικών Ατυχημάτων ή Ασθένειας ή Νοσηλευτικών Εξόδων; Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες | ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ |
| <input type="text"/> | |
| 2) Έχει οποιοσδήποτε από τους εργοδοτούμενους ποτέ υποστεί Ατύχημα ή Επαγγελματική Ασθένεια τα τελευταία 5 χρόνια; Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες | ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ |
| <input type="text"/> | |
| 3) Έχετε τώρα ασφάλεια έναντι Ατυχημάτων ή Ασθένειας ή σε σχέση με Ιατρικά Έξοδα; Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες | ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ |
| <input type="text"/> | |
| 4) Έχετε άλλα Ασφαλιστήρια με την Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosure; Εάν «ΝΑΙ», παρακαλώ όπως μας δώσετε τον αριθμό των Ασφαλιστηρίων. | ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ |
| <input type="text"/> | |
| 5) Έχει οποιαδήποτε Εταιρεία ακυρώσει ή αρνηθεί ν' ανανεώσει συμβόλαιό σας ή ζήτησε να επιβάλει ειδικούς όρους; | ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ |
| <input type="text"/> | |

ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ☐

Άμεση εξόφληση

☐

Τραπεζική Εντολή Άμεσης Χρέωσης

Επιθυμώ όπως η εξόφληση του ασφαλιστρου του συμβολαίου μου γίνει μέσω Τραπεζικής Εντολής Άμεσης Χρέωσης (Direct Debit), και σχετικά επισυνάπτω υπογραμμένη τη σχετική Εντολή

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της Πρότασης που μαζί αποτελούν την Βάση του Ασφαλιστηρίου που μπορεί να εκδοθεί.
(Όλες οι αναφορές στον ενικό, επίσης, σημαίνουν τον πληθυντικό, εκτός εάν το κείμενο απαιτεί διαφορετικά)

Δηλώνω ότι οι απαντήσεις και πληροφορίες που δόθηκαν σε αυτή την Πρόταση Ασφάλισης είναι ορθές και ότι δεν έχω αποκρύψει ουσιώδεις πληροφορίες σχετικά με αυτή την Πρόταση. Συμφωνώ όπως η παρούσα Δήλωση καθώς και οι απαντήσεις και πληροφορίες που δόθηκαν πιο πάνω, καθώς και οποιαδήποτε άλλη πληροφορία ή δήλωση ή αναφορά που έγινε από εμένα ή από οποιονδήποτε που ενεργεί εκ μέρους μου θα αποτελούν τη βάση του Ασφαλιστηρίου που μπορεί να εκδοθεί εκ μέρους μου από την Eurosurre Insurance Company Ltd (πιο κάτω ως η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurre ή η Εταιρεία) και συμφωνώ περαιτέρω ότι θα δεχθώ αποζημίωση τηρουμένων των όρων και Προϋποθέσεων που θα περιέχονται μέσα στο και/ή που οπισθογραφούνται στο Ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί.

Δηλώνω ότι οποιονδήποτε Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή ή άλλος Εκπρόσωπος ή Υπάλληλος της Ασφαλιστικής Εταιρείας Eurosurre ο οποίος με βοήθησε στην συμπλήρωση της Πρότασης Ασφάλισης και/ή συμπλήρωσε την Πρόταση Ασφάλισης ή οποιονδήποτε άλλο Έντυπο εκ μέρους μου και/ή με βοήθησε για την παροχή οποιωνδήποτε πληροφοριών στην Εταιρεία με σκοπό την παροχή προσφοράς και/ή ασφαλιστικής κάλυψης σε μένα, ενεργεί εκ μέρους μου.

Δηλώνω ότι οι καλύψεις που θα προσφέρονται καθώς και οι υποχρεώσεις και ευθύνες μου κάτω από το σχετικό Ασφαλιστήριο έχουν εξηγηθεί πλήρως σε μένα από τον πιο κάτω κατονομαζόμενο Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή ή από Εκπρόσωπο ή Υπάλληλο της Ασφαλιστικής Εταιρείας Eurosurre και ικανοποιούν πλήρως τις ασφαλιστικές μου ανάγκες σχετικά με το αντικείμενο της ασφάλισης.

Δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι πως η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurre δεν είναι υποχρεωμένη να αποδεχτεί και να παρέχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Κάλυψη με βάση την παρούσα Πρόταση και οποιαδήποτε Ασφαλιστική Κάλυψη θα είναι σε ισχύ μόνο μετά από την γραπτή αποδοχή και επιβεβαίωση από την Εταιρεία.

Αναγνωρίζω ότι με βάση τις πρόνοιες του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ) (ΕΕ) 2016/679 ή οποιονδήποτε άλλο Νόμο ή άλλο κανονισμό που τον τροποποιεί ή τον αντικαθιστά, η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurre, σαν υπεύθυνοι επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του ΓΚΠΔ, μπορεί να συλλέγει και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα για τον αποκλειστικό σκοπό της παροχής των υπηρεσιών που ζητώ από την Εταιρεία. Η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurre μπορεί να μεταβιβάσει/επεξεργαστεί τα προσωπικά μου δεδομένα σε τρίτους στο βαθμό που αυτό απαιτείται για την εκτέλεση σύμβασης, λόγω νομικών υποχρεώσεων και έννομου συμφέροντος.

Δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι πως τα πιο πάνω αναφερόμενα προσωπικά, εμπιστευτικά ή ευαίσθητα στοιχεία που έχουν δοθεί ή θα δοθούν στο μέλλον στην Εταιρεία από εμένα/εμάς ή έχουν εξασφαλιστεί από τρίτους ή έχουν εξαχθεί από άλλες ασφάλειες, άλλες Εταιρείες ή άλλες πληροφορίες με σκοπό την παροχή υπηρεσιών σε εμένα/εμάς μπορεί να δοθούν σε Τρίτους, άλλους ασφαλιστές, ασφαλιστικούς και αντασφαλιστικούς διαμεσολαβητές όπως εκτιμητές, νομικοί σύμβουλοι, γιατροί, ασφαλιστικοί σύμβουλοι, ελεγκτές, αντασφαλιστές με σκοπό την παροχή σ' εμένα της υπηρεσίας και την εκπλήρωση των απορροώντων καθηκόντων.

Συγκατάθεση - Ευαίσθητα Προσωπικά Δεδομένα

Σύμφωνα με τις υποδείξεις των άρθρων 5,6,7 και 9 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων, δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι ότι η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurre επιβάλλεται να συλλέγει, ν' αξιολογεί και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα, τα οποία αφορούν θέματα υγείας, ώστε να προχωρήσει στην εκπόνηση του κατάλληλου προγράμματος ασφάλισης. Η αξιολόγηση των προσωπικών δεδομένων μου τέτοιου χαρακτήρα θα επιτρέψει στην Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurre τόσο την αποδοχή ή όχι της αίτησης ασφάλισης όσο και τον υπολογισμό του ασφάλιστρου, που αναλογεί στον αναλαμβανόμενο κίνδυνο.

Δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι ότι, για την ομαλή λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης τόσο κατά το στάδιο της εκτίμησης του κινδύνου αλλά και κυρίως κατά την επέλευση του ασφαλιστικού γεγονότος, η συγκατάθεσή μου καλύπτει τόσο τη λήψη όσο και τη διαβίβαση ευαίσθητων δεδομένων από και προς τρίτους (όπως Ασφαλιστικά Ταμεία, Νοσοκομεία, Διαγνωστικά Κέντρα, κ.λπ.).

Τα προσωπικά δεδομένα μου θα αρχικοθετούνται για το ελάχιστο χρονικό διάστημα, που απαιτείται σύμφωνα με τις συμβατικές ή νομικές υποχρεώσεις της εταιρείας.

Αντιλαμβάνομαι πως στην περίπτωση κατά την οποία δεν επιθυμώ να συγκατατεθώ στην επεξεργασία των ειδικών προσωπικών δεδομένων μου, που αφορούν θέματα υγείας, η ασφαλιστική εταιρεία μπορεί να απορρίψει την αίτηση για ασφάλιση. Έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή επικοινωνώντας γραπτώς με τον υπεύθυνο προστασίας δεδομένων της Εταιρείας στην ταχυδρομική διεύθυνση της Εταιρείας ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση dro@eurosurre.com

Δήλωση Συγκατάθεσης

☐ Συγκατατίθεται όπως η Eurosurre Insurance Company Ltd επεξεργαστεί τα ειδικού τύπου προσωπικά δεδομένα μου με σκοπό την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών

Υπογραφή Προτείνοντα**Ημερομηνία****Υπογραφή Προτείνοντα****Ημερομηνία****Όνομα Ασφαλιστικού
Διαμεσολαβητή****Υπογραφή Ασφαλιστικού
Διαμεσολαβητή**

(Η υπογραφή αυτής της πρότασης δεν σας δεσμεύει να ολοκληρώσετε αυτή την ασφάλεια) Η ασφαλιστική κάλυψη θα ισχύει μόνο όταν γίνει αποδεχτή από την Εταιρεία.