

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ / MEDICAL CLAIM FORM

Αρ. Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου / Policy Number:

Όνομα Κατόχου Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου / Name of Policyholder:

Όνομα Ασθενούς / Name of Patient: Ημερ. Γεννήσεως / Date of birth:

Τηλέφωνο / Phone:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΡΩΤΟΤΥΠΕΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ / NOTE: ALL ORIGINAL RECEIPTS AND DIAGNOSTIC TESTS RESULTS MUST ACCOMPANY THE CLAIM FORM

ΜΕΡΟΣ Α – ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ / SECTION A – OUT HOSPITAL TREATMENT

Δήλωση Θεράποντα Ιατρού / Medical Practitioner's Statement

Ο υπογράφων ιατρός με ειδικότητα / The undersigned medical Practitioner specialized in:

εξέτασα σήμερα τον πιο πάνω αναφερόμενο ασθενή και διέγνωσα ότι αυτός/η πάσχει από / examined today the above mentioned patient and diagnosed that he/she is suffering from:

Όνομα & Σφραγίδα Θεράποντα Ιατρού / Medical Practitioner's Name & Seal Υπογραφή / Signature Τηλέφωνο / Telephone Ημερομηνία / Date

ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ / PRESCRIPTION DRUGS

Να συμπληρωθεί από το Θεράποντα Ιατρό / To be completed by the Medical Practitioner

1. 2. 3. 4.

5. 6. 7. 8.

Υπογραφή Θεράποντα Ιατρού / Medical Practitioner's Signature

Ημερομηνία / Date

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ / LABORATORY TESTS

Να συμπληρωθεί από το Θεράποντα Ιατρό / To be completed by the Medical Practitioner

1. 2. 3. 4.

5. 6. 7. 8.

Υπογραφή Θεράποντα Ιατρού / Medical Practitioner's Signature

Ημερομηνία / Date

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ / DIAGNOSTIC TESTS

Να συμπληρωθεί από το Θεράποντα Ιατρό / To be completed by the Medical Practitioner

1. 2. 3. 4.
 5. 6. 7. 8.

Υπογραφή Θεράποντα Ιατρού / Medical Practitioner's Signature

Ημερομηνία / Date

ΜΕΡΟΣ Β – ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ / SECTION B – IN HOSPITAL TREATMENT**Δήλωση Θεράποντα Ιατρού / Medical Practitioner's Statement**

Όνομα Ασθενούς / Name of Patient: Ημερ. Γεννήσεως / Date of birth:

Ασθένεια / Illness Ατύχημα / Accident **Συμπτώματα / Symptoms:****1. Αιτία ατυχήματος ή ασθένειας / Cause of accident or illness:****2. Πότε παρουσιάστηκαν τα πρώτα συμπτώματα; (Αν δεν είστε σίγουρος/η αναφέρετε ημερομηνία κατά προσέγγιση) / Since when did the first symptoms manifest themselves? (Please give estimated time if you are not certain).****3. Πότε εξετάσατε τον ασθενή για πρώτη φορά για την παρούσα ασθένεια; (Ακριβής Ημερομηνία) / When did you first examine the patient for this ailment? (Exact Date).****4. Είχε ποτέ ο/η ασθενής στο παρελθόν εξεταστεί από άλλο ιατρό για το ίδιο ή παρόμοιο πρόβλημα; Αν ναι, από ποιόν και πότε; / Has the patient been examined by another Medical Practitioner in the past for the same or other similar ailment? If so, by whom and when?****5. Κλινικά Ευρήματα / Clinical Findings:****6. Σε περίπτωση τραυματισμού από ατύχημα, υπήρχαν ορατά σημεία τραυματισμού που να υποδηλώνουν την ύπαρξη ατυχήματος; (δώστε λεπτομερή περιγραφή) / In case of accidental injury, were there visible signs of injury on the body to indicate the existence of an accident (please give a detailed description).****7. Περιγράψτε τη θεραπευτική και φαρμακευτική αγωγή που συστήθηκε / Describe the treatment that was followed and the medication you have recommended).****8. Λεπτομερής Διάγνωση / Detailed Diagnosis:****9. Ο ασθενής έχει αποθεραπευθεί; (Αν όχι εξηγήστε) / Has the patient been cured? (If not please explain).**

Όνομα Θεράποντα Ιατρού / Medical Practitioner's Name:

Ειδικότητα / Specialization:

.....

Υπογραφή / Signature Τηλ. / Tel. Ημερομηνία / Date

Κατάσταση Λογαριασμού Κλινικής Νοσοκομείου (Να επισυναφθούν πρωτότυπες αποδείξεις) /
Statement of Account of Clinic/Hospital (Please submit Original Receipts)

Ημερομηνία εισαγωγής / Date of admission Ημερομηνία εξόδου / Date of discharge

1. Έξοδα διαμονής:ημέρες @ €..... ανά ημέρα / Accommodation expenses:days @ €..... per day €.....

2. Αμοιβή Χειρουργού / Surgeon's Fees €.....

3. Αμοιβή Αναισθησιολόγου / Anaesthetist Fees €.....

4. Έξοδα Νοσοκομείου - Επέμβαση / Χειρουργείο / Hospital Charges - Surgery / Theatre
Διαγνωστικές Εξετάσεις / Diagnostic Tests €.....
Φάρμακα (δηλώστε είδος & ποσότητα) / Drugs (state fully kind & quantity) €.....

5. Άλλες Χρεώσεις - πλήρης περιγραφή / Other charges please describe fully €.....

Συνολικές Χρεώσεις / Total Charges €.....

.....

Σφραγίδα & Υπογραφή Κλινικής / Νοσοκομείου ή Ιατρού / Stamped & Signed by Clinic / Hospital or Doctor

.....

Όνομα / Name Ημερομηνία / Date Τηλέφωνο / Telephone

ΚΑΤΟΧΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ / ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ / POLICYHOLDER / INSURED CLAIM DECLARATION

Όνομα Ασφαλισμένου / Name of Insured: Αρ. Συμβολαίου / Policy number:

Ασθενής / Patient: Ημερ. Γεννήσεως / Date of birth:

ΑΣΘΕΝΕΙΑ: Διάγνωση (Αν η ασθένεια οφείλεται σε τραυματισμό από ατύχημα, πότε και πως συνέβη) /
AILMENT: Diagnosis (if the ailment is due to injury or by accident, where and how it happened).

.....

.....

Τι και πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα; / What and when did symptoms first appear/manifested?

.....

Είχατε υποφέρει στο παρελθόν από την ίδια δυσλειτουργία; Αν ναι εξηγήστε / Have you suffered the same impairment in the past? If yes explain:

.....

Δώστε ονόματα και ημερομηνίες όλων των Ιατρών που σας έχουν εξετάσει για την παρούσα δυσλειτουργία / Give the names, with dates, of all the Medical Practitioners that have examined you for the present ailment:

1. Ημερομηνία / Date: Τηλ. / Tel:

2. Ημερομηνία / Date: Τηλ. / Tel:

**ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΤΑ ΠΙΟ ΠΑΝΩ ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΗ ΚΑΙ ΟΤΙ ΔΕΝ ΑΠΕΚΡΥΨΑ / ΠΑΡΑΠΟΙΗΣΑ Ή ΠΑΡΕΛΕΙΨΑ ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΑ /
I DECLARE THAT THE ABOVE STATEMENTS AND DETAILS ARE TRUE AND THAT NO INFORMATION HAS BEEN CONSEALED, ALTERED
OR PRESENTED INACCURATELY**

.....

Υπογραφή Αιτητή/Κατόχου του Ασφαλιστηρίου / Signature of the Applicant/Policyholder Υπογραφή Ενήλικου Εξαρτώμενου / Adult Dependant's Signature Υπογραφή γονέα/νόμιμου κηδεμόνα για ανήλικο / Parent/Legal Guardian's signature for minor dependant

.....

Ημερομηνία / Date:

Η παρούσα δήλωση προστασίας προσωπικών δεδομένων παρέχει μια σύντομη ενημέρωση των πληροφοριών που συλλέγουμε σχετικά με εσάς, τους σκοπούς για τους οποίους επεξεργαζόμαστε τις πληροφορίες σας και με ποιους μοιραζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα. Περαιτέρω λεπτομέρειες ως προς το πώς επεξεργαζόμαστε και προστατεύουμε τα προσωπικά σας δεδομένα μπορείτε να βρείτε στην ολοκληρωμένη Πολιτική Προστασίας Δεδομένων η οποία είναι διαθέσιμη στη διεύθυνση: <http://www.trustcyprusinsurance.com/gr/index.php/privacy-policy>.

Σε περίπτωση που δεν έχετε πρόσβαση στο διαδίκτυο, είμαστε σε θέση να σας παρέχουμε ένα έντυπο αντίγραφο της Πολιτικής Προστασίας Δεδομένων της Εταιρείας μας κατόπιν αιτήματος.

ΠΟΙΟΙ ΕΙΜΑΣΤΕ

Η Trust International Insurance Company (Cyprus) Ltd («Trust Cyprus», «εμείς», «εμάς», «μας») είναι μέλος του ομίλου εταιρειών Nest («ο Όμιλος») και είναι εταιρεία περιορισμένης ευθύνης με μετοχές με αριθμό εγγραφής HE 42182. Για οποιοδήποτε περαιτέρω πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε μαζί με τον εκπρόσωπο μας (DPO) στο dpo@trustcyprusinsurance.com. Δεσμευόμαστε να προστατεύουμε το απόρρητο και την ασφάλεια των προσωπικών πληροφοριών των υφιστάμενων πελατών μας των υποψήφιων πελατών μας, των κατόχων ασφαλιστηρίων συμβολαίων, των εξουσιοδοτημένων μερών, των προμηθευτών, των συνεργατών, των τρίτων προσώπων που υποβάλλουν αίτηση, των τρίτων προσώπων που δεν υποβάλλουν αίτηση, και εγγυητών («υποκείμενα δεδομένων», «εσείς»). Η Trust Cyprus είναι «υπεύθυνος επεξεργασίας». Αυτό σημαίνει ότι είμαστε υπεύθυνοι να αποφασίσουμε πώς διατηρούμε και επεξεργαζόμαστε προσωπικές πληροφορίες σχετικά με εσάς.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΤΗΡΟΥΜΕ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΕΣΑΣ

Με βάση το είδος της ασφαλιστικής σας κάλυψης, θα συλλέξουμε, θα αποθηκεύσουμε, και θα επεξεργαστούμε τις ακόλουθες κατηγορίες προσωπικών πληροφοριών σχετικά με εσάς στα διάφορα τμήματά μας: Βασικά προσωπικά δεδομένα και στοιχεία επικοινωνίας όπως: Όνομα, Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, Ταχυδρομική διεύθυνση, Αριθμός τηλεφώνου, Ηλικία, Οικογενειακή Κατάσταση, Φύλο, Ημερομηνία γέννησης, Επάγγελμα, Αριθμός Εγγραφής Οχήματος, Τηλεφωνικές Καταγραφές, Πληροφορίες Ταυτοποίησης όπως: Αριθμός Πολιτικής Ταυτότητας, Αριθμός διαβατηρίου, Στοιχεία Άδειας Οδήγησης, Φωτογραφίες, Δείγμα Υπογραφής, Πληροφορίες σχετικά με Ασφαλιστήρια όπως: Αναγνωριστικά στοιχεία συμβολαίου και απαιτήσεων, ασφαλισμένα αντικείμενα, προηγούμενες ασφαλιστικές απαιτήσεις, έκθεση εκτίμησης, Χρηματοοικονομικές Πληροφορίες όπως: Αριθμός Τραπεζικού Λογαριασμού και Πιστοποιητικό IBAN, Περιουσιακά Στοιχεία, Έσοδα, Τέλη για Υπηρεσίες, Οικονομικός κύκλος εργασιών, Πληροφορίες Πιστοληπτικής Ικανότητας και Πιστοληπτικό Αποτέλεσμα (Credit Score). Θα διατηρούμε κάποιες ευαίσθητες προσωπικές σας πληροφορίες όπως Ιατρικές πληροφορίες και Κατάσταση Υγείας: κατάσταση υγείας (σωματική και πνευματική), τρέχοντες και προηγούμενοι τραυματισμοί, αναπηρίες, ιατρική διάγνωση, ιατρική και φαρμακευτική θεραπεία, ανθυγιεινές προσωπικές συνήθειες που μπορεί να σας εκθέσουν σε αυξημένους κινδύνους υγείας (όπως κατανάλωση αλκοόλ ή κάπνισμα) και οποιοδήποτε άλλες πληροφορίες σχετικά με ιατρικό ιστορικό, άλλες ευαίσθητες πληροφορίες: Πιστοποιητικό καθαρού ποινικού μητρώου όπου απαιτείται, Εκκρεμούσες ποινικές ή πολιτικές δικαστικές διαδικασίες εναντίον σας, Ιστορικό πτώχευσης, Εκθέσεις αστυνομικών και Κυβερνητικών Αρχών και οποιοδήποτε άλλες εκθέσεις, όπως εκθέσεις ατυχημάτων.

ΠΩΣ ΘΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΤΟΥΜΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΕΣΑΣ

Θα επεξεργαστούμε τις προσωπικές σας πληροφορίες μόνο εφόσον μας το επιτρέπει η νομοθεσία. Ως επί το πλείστον, θα επεξεργαζόμαστε τις προσωπικές σας πληροφορίες στις ακόλουθες περιπτώσεις: (1) Όταν είναι απαραίτητο προκειμένου να διεκπεραιώσουμε τη σύμβαση που έχουμε συνάψει μαζί σας. (2) Για σκοπούς συμμόρφωσης με μια νομική υποχρέωση (π.χ. για σκοπούς συμμόρφωσης με τις ισχύουσες νομοθεσίες και για σκοπούς συμμόρφωσης με δικαστικές εντολές και αιτήματα από τις Εποπτικές Αρχές) (3) Όταν είναι απαραίτητο για το έννομο συμφέρον μας (ή τρίτου) και όπου τα συμφέροντά σας και τα θεμελιώδη δικαιώματά σας δεν υπερισχύουν αυτών των εν λόγω συμφερόντων (4) Όπου παρέχετε τη συγκατάθεσή σας (5) Όπου πρέπει να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για να προστατεύσουμε τα ζωτικά συμφέροντά σας ή αυτά ενός άλλου ατόμου. Σε περίπτωση που δεν παρέχετε συγκεκριμένες πληροφορίες αφού ζητηθεί από εσάς, ενδέχεται να μην είμαστε σε θέση να εκτελέσουμε τη σύμβαση που έχουμε συνάψει μαζί σας όπως, για παράδειγμα, να μην είμαστε σε θέση να ικανοποιήσουμε την απαίτησή σας ή ενδέχεται να μην μπορούμε να συμμορφωθούμε με τις νομικές μας υποχρεώσεις ή διαφορετικά να μην είμαστε σε θέση να συνάψουμε ή να προβούμε σε οποιαδήποτε συμβατική σχέση μαζί σας.

This privacy notice provides an overview of the information we collect about you, the purposes for which we use your information and who we share your personal data with. Further details as to how we process and protect your personal data, may be found in our full Privacy Policy available at: <http://www.trustcyprusinsurance.com/index.php/privacy-policy>. If you do not have access to the internet, we can provide you with a hard copy of our Privacy Policy upon request.

WHO WE ARE

Trust International Insurance Company (Cyprus) Ltd («Trust Cyprus», «we», «us», «our») is a member of the Nest group of companies («Group») and is a limited liability company with shares with registration number HE 42182. For any further details you may communicate with our DPO at dpo@trustcyprusinsurance.com. We are committed to protecting the privacy and security of the personal information of its clients, potential clients, insurance policy holders, authorised parties, vendors, business associates and third party claimants, third parties (non-claimants) and guarantors (the «data subjects», «you»). Trust Cyprus is a «data controller» which means that we are responsible for deciding how we hold and use personal information about you.

THE KIND OF PERSONAL INFORMATION WE HOLD ABOUT YOU

Depending on the type of your insurance cover, we will collect, store, and use the following categories of personal information about you in our various departments: Basic personal details and Contact Information such as: name, Email, Address, Telephone Number, age, Marital Status, Gender, Date of Birth, Occupation, Vehicle License Plate, Telephone Recordings, Identification Information such as: ID, Passport Number, Driving License, Photograph, Signature Specimen, Insurance Policy related Information such as Policy and claim Identifiers, insured items, previous insurance claims, valuation report, Financial Information such as: Bank Account Number and IBAN Certificate, Assets, Income, Fees for Services, Financial Turnover, Credit Reference information and Credit Score. We will hold some sensitive personal information of you such as: Medical Information and Health Condition: health (physical and mental) status, injuries, disabilities, medical diagnosis, medical and medicinal treatment, unhealthy personal habits (such as alcohol consumption or smoking) and any other information related to medical history, other sensitive information: certificate of clean criminal record where necessary, Pending criminal or civil litigation against you, History of bankruptcy, Police Reports and Governmental Authorities Reports and any other reports, such as accident reports.

HOW WE WILL USE INFORMATION ABOUT YOU

We will only use your personal information when the law allows us to. Most commonly, we will use your personal information in the following circumstances: (1) where it is necessary in order to perform the contract we have entered into with you. (2) Where we need to comply with a legal obligation. (Comply with applicable laws, comply with court orders and requests from Supervisory Authorities) (3) Where it is necessary for our legitimate interests (or those of a third party) and your interests and fundamental rights do not override those interests (4) Where you provided your consent (5) Where we need to process your personal data in order to protect your vital interests or those of another person. If you fail to provide certain information when requested, we may not be able to perform the contract we have entered into with you and for instance not able to satisfy your claim, or we may be prevented from complying with our legal obligations or otherwise not be able to enter into or carry out any contractual relationship with you.

ΠΩΣ ΣΥΛΛΕΓΟΝΤΑΙ ΟΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΑΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Συλλέγουμε προσωπικά δεδομένα: (α) Απευθείας από εσάς (β) Μέσω άλλων πηγών (π.χ. μέσω των προμηθευτών μας όπως για παράδειγμα οι εταιρείες Οδικής Βοήθειας, οι Ασφαλιστικοί Πράκτορες/Μεσίτες Ασφαλίσεων, τρίτες ασφαλιστικές εταιρείες, οίκοι αξιολόγησης πιστοληπτικής ικανότητας & γραφεία πίστωσης (credit bureaus))

ΑΝΤΑΛΛΑΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα σας με τρίτα μέρη, συμπεριλαμβανομένων ανεξάρτητων παροχών υπηρεσιών και άλλες οντότητες στον Όμιλο. Ενδέχεται να διαβιβάσουμε, να αποθηκεύσουμε και να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα εκτός Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΟΧ). Σε αυτές τις περιπτώσεις, μπορείτε να αναμένετε παρόμοιο βαθμό προστασίας όσον αφορά τα προσωπικά σας δεδομένα μέσω συμβατικών διευθετήσεων για την τήρηση της εμπιστευτικότητας και της προστασίας των δεδομένων, διασφαλίζοντας ότι είναι σε πλήρη συμμόρφωση με τον νόμο περί προστασίας δεδομένων και τον ΓΚΠΔ.

ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Χρησιμοποιούμε αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων σε περιπτώσεις όπου κρίνεται απαραίτητο ούτως ώστε να διεκπεραιώσουμε τη σύμβαση μαζί σας ή με τη ρητή γραπτή συγκατάθεση σας και όπου υπάρχουν απαραίτητα μέτρα που διασφαλίζουν τα δικαιώματά σας. Δεν θα υπόκεισθε σε αποφάσεις που θα έχουν σημαντικό αντίκτυπο σε εσάς με βάση μόνο την αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων, εκτός και αν έχουμε ένομη βάση για κάτι τέτοιο και σας έχουμε ειδοποιήσει.

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Θα διατηρούμε τις προσωπικές σας πληροφορίες για όσο χρονικό διάστημα είναι απαραίτητο για την εκπλήρωση των σκοπών για τους οποίους τις συλλέξαμε, συμπεριλαμβανομένης της εκπλήρωσης οποιονδήποτε νομικών, λογιστικών απαιτήσεων ή απαιτήσεων αναφοράς.

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΑΣ

Υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, με βάση τη νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων, διατηρείτε συγκεκριμένα δικαιώματα συμπεριλαμβανομένου και του δικαιώματος να παραλάβετε αντίγραφο των προσωπικών σας δεδομένων που διατηρούμε καθώς επίσης και το δικαίωμα να υποβάλετε παράπονο σχετικά με θέματα προστασίας δεδομένων ανά πάσα στιγμή στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Με την πιο κάτω επιλογή δηλώνω τη ρητή συγκατάθεση μου (όπου χρειάζεται) για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου και συγκεκριμένα για την επεξεργασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων μου για τους σκοπούς που αναφέρονται παραπάνω και στην ολοκληρωμένη Πολιτική Προστασίας Δεδομένων της Trust.

Συγκατατίθεμαι

Όπου βασιζόμαστε στη συγκατάθεσή σας όσον αφορά την επεξεργασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε ανά πάσα στιγμή τη συγκατάθεσή σας για τη συγκεκριμένη επεξεργασία. Προκειμένου να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας, παρακαλείστε όπως επικοινωνήσετε στη διεύθυνση dpo@trustcyprusinsurance.com. Σημειώνεται ότι η επεξεργασία που βασίζεται στη συγκατάθεση που δόθηκε πριν από την απόσυρση θα παραμείνει νόμιμη.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η μη συγκατάθεσή σας ή η απόσυρση της συγκατάθεσής σας θα έχει αντίκτυπο σε εμάς όσον αφορά τη συνέχιση της εκτέλεσης ενός ασφαλιστηρίου συμβολαίου ή την πρόωξη της απαίτησής σας εάν είστε τρίτο πρόσωπο που υποβάλλει απαίτηση.

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι έχω διαβάσει και καταλάβει το περιεχόμενο της παρούσας σύντομης δήλωσης προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

HOW IS YOUR PERSONAL INFORMATION COLLECTED

We collect personal information about the data subjects: (a) Directly from you (b) Through other sources (e.g. through our vendors such as Road Assistance companies, Insurance Agents/Brokers, third party insurance companies, credit reference agencies & credit bureaus)

DATA SHARING

We may have to share your data with third parties, including third-party service providers and other entities in the Group. We may transfer, store and process your personal data outside the European Economic Area. If we do, you can expect a similar degree of protection in respect of your personal information through contractual arrangements to observe confidentiality and data protection assuring they comply with data protection law and the GDPR.

AUTOMATED DECISION-MAKING

We are using automated decision-making in circumstances including, where it is necessary to perform the contract with you or with your explicit written consent and where appropriate measures are in place to safeguard your rights. You will not be subject to decisions that will have a significant impact on you based solely on automated decision-making, unless we have a lawful basis for doing so and we have notified you.

DATA RETENTION

We will only retain your personal information for as long as necessary to fulfill the purposes we collected it for, including for the purposes of satisfying any legal, accounting, or reporting requirements.

YOUR RIGHTS

Under certain circumstances, you have rights under data protection laws in relation to your personal data including the right to receive a copy of the personal data we hold about you and the right to make a complaint at any time to the Office of the Data Protection Commissioner.

CONSENT

By ticking below I hereby provide my explicit consent (where required) for the processing of my personal data, and specifically for the processing of my sensitive personal data for the purposes stated above and in the full Privacy Policy of Trust.

I agree

Where we rely on your consent for the processing of your sensitive personal data, you have the right to withdraw your consent for that specific processing at any time. To withdraw your consent, please contact dpo@trustcyprusinsurance.com. Please note that processing based on the consent carried out prior to the withdrawal will remain lawful.

Withdrawing or not providing your consent may in certain cases have an impact on the continuing performance of an insurance contract or the processing of your claim in case you are a third party claimant.

DECLARATION

I hereby declare that I have read and understood the content of the present short Privacy Notice.

Signature:

Date: