



Κεντρική Ασφαλιστική

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Με την παρούσα, εξουσιοδοτώ την Ασφαλιστική Εταιρεία η «Κεντρική» Λτδ (εφεξής η «Κεντρική Ασφαλιστική») όπως αποταθεί σε ιατρούς, επαγγελματίες υγείας, κλινικές και άλλους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι έχουν κατά καιρούς παρακολουθήσει ή περιθάλψει εμένα και/ή τα Εξαρτώμενα Πρόσωπα που μπορεί να περιλαμβάνονται στην αίτηση για ασφάλεια, καθώς και σε άλλες ασφαλιστικές εταιρείες στις οποίες έχω και/ή τα Εξαρτώμενα Πρόσωπα κατά καιρούς έχουν αποταθεί για ασφαλιστική κάλυψη, και να συλλέξει τις αναγκαίες ιατρικές πληροφορίες που αφορούν την φυσική ή πνευματική μου κατάσταση, και/ή την φυσική και πνευματική κατάσταση των Εξαρτώμενων Προσώπων, για τους σκοπούς της αίτησης για ασφάλεια καθώς και της διαχείρισης, εξυπηρέτησης και εκτέλεσης του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μέσω του οποίου παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη από την Κεντρική Ασφαλιστική.

Δια της παρούσης, εξουσιοδοτώ επίσης τους πιο πάνω αναφερόμενους, ιατρούς, επαγγελματίες υγείας, κλινικές, άλλους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικές εταιρείες όπως παρέχουν στην Κεντρική Ασφαλιστική τις αναγκαίες ιατρικές πληροφορίες που θα ζητηθούν από αυτή για τους πιο πάνω περιγραφόμενους σκοπούς.

Περαιτέρω, έχω ενημερωθεί ότι σε περίπτωση κατά την οποία επιθυμώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων και/ή των Εξαρτώμενων Προσώπων, αυτό μπορεί να γίνει είτε με γραπτή ενημέρωση στη διεύθυνση της Κεντρικής Ασφαλιστικής, Κλήμεντος 33, Μέγαρο Κεντρική, 1061 Λευκωσία, Κύπρος ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση andria@kentriki.com.cy. Κατανοώ ότι σε περίπτωση ανάκλησης της συγκατάθεσής μου, ενδεχομένως η Κεντρική Ασφαλιστική να μην είναι σε θέση να παρέχει σε εμένα και/ή στα Εξαρτώμενα Πρόσωπα τις ασφαλιστικές της υπηρεσίες.

	Όνοματεπώνυμο	Υπογραφή
Ασφαλιζομένου:	_____	_____
Εξαρτωμένου:	_____	_____
Εξαρτωμένου:	_____	_____
Εξαρτωμένου:	_____	_____
Ημερομηνία:	_____	