

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

medi**ΣΥΝ** 3Αριθμός Ασφαλιστηρίου: Κωδικός Συνεργάτη: Όνομ/νυμο Συνεργάτη:

1. Στοιχεία Συμβαλλόμενου

Επώνυμο: Επάγγελμα: Όνομα: Α.Φ.Μ.: Φύλο: Α Θ Δ.Ο.Υ.: Ημ. Γέννησης: Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. Όνομα πατέρα: Υπηκοότητα: Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος: Άγαμος: Χήρος: Δ/νση Κατοικίας: Φυσικό Πρόσωπο: Νομικό Πρόσωπο: Αριθμός: Τ.Κ.: Ταμείο Ασφάλισης: Πόλη/Χωριό: Α.Μ.Κ.Α.: Τηλ. Κατοικίας: Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο: Κινητό Τηλέφωνο: E-mail:

Στοιχεία Επικοινωνίας

Δ/νση Αλληλογραφίας: Αριθμός: Πόλη/Χωριό: Τ.Κ.: Σταθερό Τηλέφωνο: Κινητό Τηλέφωνο:

Αλλαγή Συμβαλλόμενου (Σε περίπτωση αλλαγής Συμβαλλόμενου μέλους είναι υποχρεωτική η υπογραφή παλαιού και νέου Συμβαλλόμενου)

Στοιχεία Παλαιού Συμβαλλόμενου

Επώνυμο: Όνομα: Υπογραφή:

2. Αλλαγή/Προσθήκη Ασφαλισμένων

 Προσθήκη νέου μέλους Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου μέλουςΕπώνυμο: Α.Φ.Μ.: Όνομα: Δ.Ο.Υ.: Φύλο: Α Θ Υπηκοότητα: Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. Ημ. Γέννησης: Ταμείο Ασφάλισης: Όνομα πατέρα: Α.Μ.Κ.Α.: Επάγγελμα: Δ/νση Κατοικίας: Φυσικό Πρόσωπο: Νομικό Πρόσωπο: Αριθμός: Τ.Κ.: Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος: Άγαμος: Χήρος: Πόλη/Χωριό: E-mail: Τηλ. Κατοικίας: Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο: Κινητό Τηλέφωνο:

(αδέρφια, γονέας, σύζυγος, τέκνα, παππούς/γιαγιά)

Προσθήκη νέου μέλους

Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου μέλους

Επώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.: _____
Όνομα: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
Φύλο: Α Θ Υπηκοότητα: _____ Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. _____
Ημ. Γέννησης: _____ Ταμείο Ασφάλισης: _____
Όνομα πατέρα: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
Επάγγελμα: _____ Δ/υση Κατοικίας: _____
Φυσικό Πρόσωπο: Νομικό Πρόσωπο: Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____
Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος: Άγαμος: Χήρος: Πόλη/Χωριό: _____
E-mail: _____ Τηλ. Κατοικίας: _____
Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____
(αδέρφια, γονέας, σύζυγος, τέκνα, παππούς/γιαγιά)

Προσθήκη νέου μέλους

Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου μέλους

Επώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.: _____
Όνομα: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
Φύλο: Α Θ Υπηκοότητα: _____ Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. _____
Ημ. Γέννησης: _____ Ταμείο Ασφάλισης: _____
Όνομα πατέρα: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
Επάγγελμα: _____ Δ/υση Κατοικίας: _____
Φυσικό Πρόσωπο: Νομικό Πρόσωπο: Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____
Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος: Άγαμος: Χήρος: Πόλη/Χωριό: _____
E-mail: _____ Τηλ. Κατοικίας: _____
Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____
(αδέρφια, γονέας, σύζυγος, τέκνα, παππούς/γιαγιά)

Προσθήκη νέου μέλους

Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου μέλους

Επώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.: _____
Όνομα: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
Φύλο: Α Θ Υπηκοότητα: _____ Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. _____
Ημ. Γέννησης: _____ Ταμείο Ασφάλισης: _____
Όνομα πατέρα: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
Επάγγελμα: _____ Δ/υση Κατοικίας: _____
Φυσικό Πρόσωπο: Νομικό Πρόσωπο: Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____
Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος: Άγαμος: Χήρος: Πόλη/Χωριό: _____
E-mail: _____ Τηλ. Κατοικίας: _____
Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____
(αδέρφια, γονέας, σύζυγος, τέκνα, παππούς/γιαγιά)

3. Αφαίρεση Ασφαλισμένων

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

4. Μεταφορά από Medisun Extra

- Με την παρούσα αίτησή μου θα ήθελα να υποβάλλω αίτημα προς την Εταιρεία σας για την υπαγωγή μου στο νέο αναβαθμισμένο ασφαλιστήριο συμβόλαιο Medisun 3, το οποίο μου προτείνετε και αποτελεί συνέχιση του προηγούμενου συμβολαίου μου με τις ειδικές συμφωνίες, παρεκκλίσεις, ειδικές εξαιρέσεις και περιορισμούς που υπήρχαν σε αυτό, τις οποίες και αποδέχομαι.

5. Καλύψεις **medisun 3**

Ασφαλισμένος 1: Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Θέση Νοσηλείας	Εκπιπτόμενο ποσό	Ανώτατο όριο	Γεωγραφικό εύρος κάλυψης	Medisun Care Προαιρετική κάλυψη	Ασφάλιση ατυχήματος Προαιρετική κάλυψη
<input type="checkbox"/> LUX <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ	<input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 € <input type="checkbox"/> 3.000 € <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 9.000 € <input type="checkbox"/> 12.000€ <input type="checkbox"/> 15.000 €	<input type="checkbox"/> 1.500.000 € ¹ <input type="checkbox"/> 600.000 € <input type="checkbox"/> 200.000 € ¹	<input type="checkbox"/> Ελλάδα ² <input type="checkbox"/> Παγκόσμια	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση Ασφαλισμένα κεφάλαια: <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 50.000 € <input type="checkbox"/> 100.000 € <input type="checkbox"/> 25.000 € <input type="checkbox"/> 75.000 € Ιατροφαρμακευτικά έξοδα: <input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 €

Ασφάλιση κεφαλαίου αποπληρωμής ασφαλιστρών (προαιρετική κάλυψη)

Παρέχεται στο Συμβαλλόμενο εφόσον είναι και Πρώτος Ασφαλισμένος

- Προσθήκη:
Ασφαλισμένα κεφάλαια
 10 x ασφάλιστρο
 Συναρτήσει ηλικίας

Αφαίρεση

Ασφαλισμένος 2: Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Θέση Νοσηλείας	Εκπιπτόμενο ποσό	Ανώτατο όριο	Γεωγραφικό εύρος κάλυψης	Medisun Care Προαιρετική κάλυψη	Ασφάλιση ατυχήματος Προαιρετική κάλυψη
<input type="checkbox"/> LUX <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ	<input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 € <input type="checkbox"/> 3.000 € <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 9.000 € <input type="checkbox"/> 12.000€ <input type="checkbox"/> 15.000 €	<input type="checkbox"/> 1.500.000 € ¹ <input type="checkbox"/> 600.000 € <input type="checkbox"/> 200.000 € ¹	<input type="checkbox"/> Ελλάδα ² <input type="checkbox"/> Παγκόσμια	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση Ασφαλισμένα κεφάλαια: <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 50.000 € <input type="checkbox"/> 100.000 € <input type="checkbox"/> 25.000 € <input type="checkbox"/> 75.000 € Ιατροφαρμακευτικά έξοδα: <input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 €

Ασφαλισμένος 3: Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Θέση Νοσηλείας	Εκπιπτόμενο ποσό	Ανώτατο όριο	Γεωγραφικό εύρος κάλυψης	Medisun Care Προαιρετική κάλυψη	Ασφάλιση ατυχήματος Προαιρετική κάλυψη
<input type="checkbox"/> LUX <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ	<input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 € <input type="checkbox"/> 3.000 € <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 9.000 € <input type="checkbox"/> 12.000€ <input type="checkbox"/> 15.000 €	<input type="checkbox"/> 1.500.000 € ¹ <input type="checkbox"/> 600.000 € <input type="checkbox"/> 200.000 € ¹	<input type="checkbox"/> Ελλάδα ² <input type="checkbox"/> Παγκόσμια	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση Ασφαλισμένα κεφάλαια: <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 50.000 € <input type="checkbox"/> 100.000 € <input type="checkbox"/> 25.000 € <input type="checkbox"/> 75.000 € Ιατροφαρμακευτικά έξοδα: <input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 €

Ασφαλισμένος 4: Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Θέση Νοσηλείας	Εκπιπτόμενο ποσό	Ανώτατο όριο	Γεωγραφικό εύρος κάλυψης	Medisun Care Προαιρετική κάλυψη	Ασφάλιση ατυχήματος Προαιρετική κάλυψη
<input type="checkbox"/> LUX <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ	<input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 € <input type="checkbox"/> 3.000 € <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 9.000 € <input type="checkbox"/> 12.000€ <input type="checkbox"/> 15.000 €	<input type="checkbox"/> 1.500.000 € ¹ <input type="checkbox"/> 600.000 € <input type="checkbox"/> 200.000 € ¹	<input type="checkbox"/> Ελλάδα ² <input type="checkbox"/> Παγκόσμια	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση Ασφαλισμένα κεφάλαια: <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 50.000 € <input type="checkbox"/> 100.000 € <input type="checkbox"/> 25.000 € <input type="checkbox"/> 75.000 € Ιατροφαρμακευτικά έξοδα: <input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 €

¹ Στις 200.000€ δεν παρέχεται θέση Lux & A και στο 1.500.000€ δεν παρέχεται θέση Γ.

² Το γεωγραφικό εύρος κάλυψης Ελλάδα προσφέρεται αποκλειστικά και μόνο:

■ Στο συνδυασμό: Θέση νοσηλείας Γ, Εκπιπτόμενο ποσό 1.500€ & Ανώτατο όριο 200.000€.

■ Σε κατόχους προγράμματος νοσοκομειακής περίθαλψης σε ισχύ, της Generali ή άλλης ασφαλιστικής εταιρείας.

6. Αλλαγή τρόπου και συχνότητας καταβολής ασφαλιστρών

Συχνότητα πληρωμής: Ετήσια Τριμηνιαία Εξαμηνιαία Μηνιαία*

Τρόπος πληρωμής: Πάγια Εντολή Τράπεζας Πιστωτική Κάρτα Ταχυπληρωμή

* Η μηνιαία συχνότητα ασφαλιστρού μπορεί να δοθεί μόνο με επιλογή Πάγιας Εντολής Τράπεζας ή Πιστωτικής Κάρτας.

7. Εκπτώσεις

Εκπτώσεις συνεργασίας	Αριθμός Συμβολαίου	Ονοματεπώνυμο κατόχου
Επένδυση		
Προστασία		
Σκάφος		
Πυρός		
Αυτοκίνητο		
Υγεία (εφόσον υφίσταται Μέδισυν 3 ειδικό)		

8. Δείκτης Τιμών Καταναλωτή

Επιθυμείτε την αναπροσαρμογή του προγράμματός σας σύμφωνα με τον δείκτη τιμών καταναλωτή; Ναι Όχι

Εάν επιλέξετε Ναι, τα ποσά που θα αναπροσαρμοστούν κατά την ετήσια Επέτειο του ασφαλιστηρίου σας, είναι το Ανώτατο Όριο της Νοσοκομειακής Περίθαλψης, τα επιμέρους Ανώτατα Όρια παροχών της Νοσοκομειακής Περίθαλψης, το Εκπιπτόμενο ποσό της Νοσοκομειακής Περίθαλψης, τα Ασφαλισμένα Κεφάλαια της Απώλειας Ζωής από Ατύχημα/Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από Ατύχημα και των Ιατροφαρμακευτικών εξόδων από Ατύχημα, σε περίπτωση που έχετε επιλέξει την Ασφάλιση Ατυχήματος και τα Ασφάλιστρα της Νοσοκομειακής Περίθαλψης και της Ασφάλισης Ατυχήματος.

Η μεταβολή του Γενικού Δεικτή Τιμών Καταναλωτή που θα χρησιμοποιείται για την αναπροσαρμογή του προγράμματός σας θα είναι αυτή του δωδεκάμηνου από Σεπτέμβριο σε Σεπτέμβριο του ημερολογιακού έτους, που προηγείται της ετήσιας Επετείου του ασφαλιστηρίου σας. Η αναπροσαρμογή πραγματοποιείται εφόσον η μεταβολή του Γενικού ΔTK είναι τουλάχιστον 1%.

Διευκρινίζουμε ότι εάν επιθυμείτε να αλλάξετε το εκπιπτόμενο ποσό (συμμετοχή σας στο κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης) ή/και το ανώτατο όριο του προγράμματός σας, τότε, ακόμη και εάν τα τρέχοντα ασφαλισμένα κεφάλαια είχαν αυξηθεί από τον ΔTK σε προηγούμενες ανανεώσεις, θα «χάσουν» τη συγκεκριμένη αύξηση, μόλις ολοκληρωθεί η μετατροπή κατόπιν δικού σας αιτήματος. Συνεπώς, τα τρέχοντα ασφαλισμένα κεφάλαια θα επιστρέψουν στα αρχικά όρια, όπως ήταν διαμορφωμένα πριν την ενεργοποίηση του ΔTK. Το ίδιο θα ισχύσει και για τα επιμέρους ανώτατα όρια των καλύψεων που επηρεάζονται από την αύξηση του εν λόγω δείκτη.

9. Τηλεφωνική Συνέντευξη Ιατρικού Ερωτηματολογίου

Σας παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία σε περίπτωση προσθήκης ασφαλιζόμενου μέλους ή μείωσης εκπιπτομένου ή αύξησης Θέσης Νοσηλείας και αύξησης ανώτατου ορίου.

Ασφαλισμένοι	Προτεινόμενες ημέρες
Ασφαλισμένος 1	<input type="checkbox"/> Δευτέρα <input type="checkbox"/> Τρίτη <input type="checkbox"/> Τετάρτη <input type="checkbox"/> Πέμπτη <input type="checkbox"/> Παρασκευή
	Προτεινόμενες ώρες
	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00 <input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00 <input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00 <input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00
	Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): _____
Ασφαλισμένος 2	<input type="checkbox"/> Δευτέρα <input type="checkbox"/> Τρίτη <input type="checkbox"/> Τετάρτη <input type="checkbox"/> Πέμπτη <input type="checkbox"/> Παρασκευή
	Προτεινόμενες ώρες
	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00 <input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00 <input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00 <input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00
	Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): _____
Ασφαλισμένος 3	<input type="checkbox"/> Δευτέρα <input type="checkbox"/> Τρίτη <input type="checkbox"/> Τετάρτη <input type="checkbox"/> Πέμπτη <input type="checkbox"/> Παρασκευή
	Προτεινόμενες ώρες
	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00 <input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00 <input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00 <input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00
	Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): _____
Ασφαλισμένος 4	<input type="checkbox"/> Δευτέρα <input type="checkbox"/> Τρίτη <input type="checkbox"/> Τετάρτη <input type="checkbox"/> Πέμπτη <input type="checkbox"/> Παρασκευή
	Προτεινόμενες ώρες
	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00 <input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00 <input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00 <input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00
	Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): _____

10. Παρατηρήσεις για την Τηλεφωνική Συνέντευξη Ιατρικού Ερωτηματολογίου

Για τους ανήλικους ασφαλιζόμενους δηλώστε τα παρακάτω στοιχεία για τον κηδεμόνα:

Όνοματεπώνυμο: _____ Σχέση κηδεμόνα με ανήλικο: _____

Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): _____

Μέρες και ώρες επικοινωνίας: _____

Γενικά σχόλια για την Τηλεφωνική Συνέντευξη: _____

11. Επαναφορά ασφαλιστηρίου

Δήλωση καλής υγείας

Επιθυμώ επαναφορά του Ασφαλιστηρίου μου. Δηλώνω υπεύθυνα ότι η κατάσταση της υγείας μου και των ατόμων που καλύπτονται με το Ασφαλιστήριο αυτό δεν έχει μεταβληθεί από την ημερομηνία ακύρωσής του, καθώς επίσης ούτε εγώ ούτε τα καλυπτόμενα πρόσωπα έχουμε ασθενήσει ή έχουμε επισκεφθεί ιατρό για οποιαδήποτε αιτία σε αυτό το διάστημα.

Ισχύει η πιο πάνω δήλωση για εσάς και όλα τα άτομα που καλύπτονται με το Ασφαλιστήριο αυτό;

Ασφαλισμένος 1 Ναι Όχι Ασφαλισμένος 3 Ναι Όχι Ασφαλισμένος 5 Ναι Όχι

Ασφαλισμένος 2 Ναι Όχι Ασφαλισμένος 4 Ναι Όχι

12. Σημαντικές Πληροφορίες

Διαδικασία ασφάλισης:

Βήμα 1: Ιατρικός συνεργάτης της Generali θα σας καλέσει για τηλεφωνική συνέντευξη σχετικά με την υγεία σας.

Τι πρέπει να γνωρίζετε για την τηλεφωνική συνέντευξη

Η τηλεφωνική συνέντευξη είναι μια σύγχρονη, σύντομη και αποτελεσματική μέθοδος επικοινωνίας που αποσκοπεί στην εύκολη συλλογή πληροφοριών από την Generali για τη συμπλήρωση του ιατρικού ερωτηματολογίου και την επιβεβαίωση των προσωπικών στοιχείων όλων των μελών που πρόκειται να ασφαλιστούν. Αποτελεί απαραίτητο βήμα για να αξιολογήσουμε την αίτησή σας και στη συνέχεια να εκδώσουμε γρήγορα το ασφαλιστήριό σας. Η διάρκεια της θα είναι περίπου 15 λεπτά για κάθε ασφαλιζόμενο μέλος.

Για τους ανήλικους ασφαλιζόμενους η τηλεφωνική συνέντευξη θα πραγματοποιηθεί με τον κηδεμόνα τους, στα στοιχεία επικοινωνίας που θα μας δηλώσετε.

Στη διάρκεια της τηλεφωνικής συνέντευξης θα πρέπει να έχετε μαζί σας (τόσο για εσάς όσο και για τα ανήλικα μέλη που επιθυμείτε να ασφαλίσετε):

- Α.Δ.Τ. ή Αρ. Διαβατηρίου, Α.Φ.Μ. και Α.Μ.Κ.Α.
- Έγγραφα που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας:
 - Βιβλιάριο Υγείας
 - Συνταγολόγιο
 - Ιστορικά νοσηλείων ή επεμβάσεων
 - Αποτελέσματα ιατρικών ελέγχων ή εξετάσεων

Βήμα 2: Μετά την ολοκλήρωση της τηλεφωνικής συνέντευξης θα αξιολογήσουμε όλα τα στοιχεία που μας έχετε δώσει. Έχοντας ως στόχο να αξιολογήσουμε σωστά την αίτησή σας.

- Για τις ηλικίες από 0 έως 59 ετών εφόσον κριθεί απαραίτητο από τις απαντήσεις σας στην τηλεφωνική συνέντευξη να σας ζητήσουμε να υποβληθείτε σε ιατρικό έλεγχο.
- Για τις ηλικίες από 60 έως 65 ετών, αφού ολοκληρωθεί η τηλεφωνική συνέντευξη, θα σας ζητήσουμε να υποβληθείτε στις παρακάτω ιατρικές εξετάσεις με έξοδα της Generali: ιατρική εξέταση παθολόγου, γενική ούρων, γενική αίματος, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c).
- Υπάρχει πιθανότητα να σας ζητήσουμε να υποβληθείτε σε περαιτέρω ιατρικό έλεγχο.

- Σε περίπτωση που ζητηθεί περαιτέρω ιατρικός έλεγχος μπορείτε να μας προσκομίσετε τα αποτελέσματα των παρακάτω ιατρικών εξετάσεων, αν τα έχετε ήδη: ηλεκτροκαρδιογράφημα (έως 6 μηνών), τεστ κόπωσης και άλλοι καρδιολογικοί έλεγχοι (έως 10 μηνών), υπέρηχος καρδιάς (έως 10 μηνών), απεικονιστικές εξετάσεις γενικώς (έως 6 μηνών), αιματολογικές εξετάσεις πλην γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (έως 6 μηνών), γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (έως 3 μηνών), μαστογραφίες (έως 12 μηνών), γενική ούρων (έως 2 μηνών).

Σε συνέχεια των παραπάνω θα διερευνήσουμε λεπτομερώς τη δυνατότητα να ασφαλιστείτε στην Εταιρεία μας, και σε περίπτωση που η ασφάλιση προχωρήσει, θα ενημερωθείτε για τους ακριβείς όρους της ασφάλισης (τελικό ασφαλιστήριο, ειδικές συμφωνίες αν χρειάζονται κ.ο.κ.).

Βήμα 3: Θα ενημερωθείτε από τον ασφαλιστικό σας σύμβουλο για την τελική απόφαση της Εταιρείας μας και εφόσον συμφωνήσετε, θα προχωρήσουμε με την έκδοση και την αποστολή του ασφαλιστηρίου σας.

Βήμα 4: Η διαδικασία ολοκληρώνεται με την είσπραξη της πρώτης δόσης του ασφαλιστηρίου σας, σύμφωνα με τον τρόπο πληρωμής που έχετε επιλέξει. Η καταβολή του ασφαλιστήριου επιβεβαιώνει την αποδοχή των όρων του ασφαλιστηρίου και ενεργοποιεί την έναρξη ισχύος του προγράμματος.

Εάν έχετε επιλέξει ως τρόπο πληρωμής την πάγια εντολή μέσω κάρτας ή λογαριασμού, συμπληρώστε τα αντίστοιχα έντυπα πάγιας εξουσιοδότησης κάρτας ή λογαριασμού που θα βρείτε στο www.generali.gr.

Σημειώστε ότι σε περίπτωση συνέχισης της ασφάλισής σας από:

- Την Generali, απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας είναι να υπάρχει ασφαλιστήριο σε ισχύ και να είναι πληρωμένο έως και ένα μήνα πριν την υπογραφή της αίτησης
- Άλλη ασφαλιστική εταιρεία, απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας, είναι η αποστολή των παρακάτω εγγράφων: αντίγραφο του συμβολαίου με διακριτούς τους όρους ασφάλισης (το συμβόλαιο πρέπει να είναι σε ισχύ τουλάχιστον 2 χρόνια) και τελευταία απόδειξη πληρωμής από την οποία θα αποδεικνύεται ότι το συμβόλαιο ήταν σε ισχύ έως την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.

13. Συνέχιση της Ασφάλισης

Εάν επιθυμείτε συνέχιση της ασφάλισης, θα πρέπει να δηλωθούν τα εξής: Εταιρεία Generali (ή άλλη), ονοματεπώνυμο ασφαλιζόμενου μέλους και αριθμός ασφαλιστηρίου:

A) Εάν η συνέχιση της ασφάλισης προέρχεται από την Generali, απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας είναι να ισχύουν τα ακόλουθα:

- Εν ισχύ ασφαλιστήριο.
- Πληρωμένο έως και ένα μήνα πριν την υπογραφή της αίτησης Medisun3.

B) Εάν η συνέχιση της ασφάλισης προέρχεται από άλλη εταιρεία, απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας είναι η αποστολή των παρακάτω εγγράφων:

- Αντίγραφο του ασφαλιστηρίου με διακριτικούς τους όρους της ασφάλισης (το ασφαλιστήριο πρέπει να είναι σε ισχύ τουλάχιστον 2 έτη).
- Τελευταία απόδειξη πληρωμής από την οποία θα αποδεικνύεται ότι το ασφαλιστήριο ήταν σε ισχύ έως την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης Medisun3.

14. Παρατηρήσεις/Ειδικές Οδηγίες/Ακύρωση ασφαλιστηρίου

Επιθυμώ να ακυρώσω το ασφαλιστήριό μου

15. Δηλώσεις προς την Generali

1. Αντιλαμβάνομαι ότι τα στοιχεία της παρούσας αίτησης μετατροπής προς την Generali Hellas A.A.E. είναι πλήρη και αληθινά και θα αποτελέσουν τη βάση για την έκδοση του ασφαλιστηρίου.
2. Δηλώνω ότι τα ασφαλισμένα μέλη είναι ενήμερα για τις μεταβολές που προκύπτουν από την παρούσα αίτηση και ενδέχεται να επηρεάσουν την ασφαλισιμότητά τους (τροποποιήσεις κάλυψης). Σε κάθε περίπτωση, η επικοινωνία με τους ασφαλισμένους έγκειται στη διακριτική ευχέρεια της εταιρείας.
3. Με την αίτηση αυτή εξουσιοδοτώ κάθε νόμιμο εκπρόσωπο της Εταιρείας καθώς και συνεργαζόμενο γιατρό και πάροχο υγείας να συλλέγει ιατρικές πληροφορίες μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης. Αυτοί μπορούν επίσης να κατέχουν τώρα ή να αποκτήσουν στο μέλλον πληροφορίες σχετικές με την κατάσταση της υγείας μου και της υγείας των μελών της οικογένειάς μου που ασφαλιζονται στο ασφαλιστήριο, να τις αναφέρουν στην Generali Hellas A.A.E. για όσο χρονικό διάστημα εγώ ή τα υπόλοιπα μέλη έχουμε αξίωση καταβολής αποζημίωσης από οποιαδήποτε κάλυψη του ασφαλιστηρίου.
4. Δηλώνω και αποδέχομαι ότι τα συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και οι πάροχοι εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ενημερώνουν την Generali Hellas A.A.E. για τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, χωρίς όμως να συμπεριλαμβάνονται τα αποτελέσματα και το περιεχόμενό τους.
5. Αποδέχομαι να επικοινωνεί η Εταιρεία μαζί μου στην ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) ή/και στον αριθμό κινητού ή σταθερού τηλεφώνου που έχω δηλώσει, προκειμένου να με ενημερώνει τόσο για θέματα που αφορούν στο παρόν αιτούμενο ασφαλιστήριο όσο και για τις προωθητικές ενέργειες/ενημερώσεις της Εταιρείας, που πιθανώς με αφορούν.
6. Το ασφαλιστήριο θα είναι τυπωμένο μόνο στην ελληνική γλώσσα, το εφαρμοστέο Δίκαιο θα είναι μόνο το ελληνικό και τα αρμόδια Δικαστήρια για την επίλυση οποιασδήποτε διαφοράς θα είναι τα δικαστήρια της Αθήνας, που αποτελεί έδρα της Generali Hellas A.A.E.

16. ΔΗΛΩΣΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ο σκοπός της παρούσας Δήλωσης Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων είναι να εξηγήσει τον τρόπο και τους λόγους για τους οποίους χρησιμοποιούμε τα Προσωπικά σας Δεδομένα. Σας παρακαλούμε να διαβάσετε με προσοχή την παρούσα δήλωση.

1. Ποιος θα χρησιμοποιήσει τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Η Generali Hellas Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία (η «Generali») θα χρησιμοποιήσει τα Προσωπικά Δεδομένα σας με την ιδιότητά της ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας Δεδομένων (Data Controller). Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στην παρακάτω διεύθυνση: Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα, Τηλέφωνο: 210 80 96 100, <https://www.generali.gr/el/epikoinwnia/>.

Εάν έχετε οποιαδήποτε απορία αναφορικά με την επεξεργασία των Προσωπικών σας Δεδομένων, εάν θέλετε να ασκήσετε οποιοδήποτε δικαίωμά σας, ή να υποβάλετε κάποιο παράπονο αναφορικά με τα Προσωπικά Δεδομένα σας, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (Data Protection Officer) μας με επιστολή στη διεύθυνση της Generali με την ένδειξη Υπόψη Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων ή στο e-mail: compliance.dataprotection@generali.gr.

2. Πώς θα χρησιμοποιήσουμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Η Generali θα χρησιμοποιήσει τα Προσωπικά σας Δεδομένα:

- i) για την εκτίμηση (underwriting), αντασφάλιση και διαχείριση του ασφαλιστικού κινδύνου, και τον καθορισμό του ασφαλιστρού
- ii) για τη σύναψη, έκδοση και διαχείριση του ασφαλιστηρίου
- iii) για την παροχή των ασφαλιστικών καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης σε περίπτωση επέλευσης του κινδύνου
- iv) για να σας ενημερώσει για θέματα που αφορούν στο ασφαλιστήριό σας και για να ζητήσει πληροφορίες για το επίπεδο ικανοποίησής σας από τις υπηρεσίες της Generali

v) για τη συμμόρφωση της Generali με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης παραπόνων και καταγγελιών, της πρόληψης και καταστολής της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες και της χρηματοδότησης της τρομοκρατίας

vi) για την καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης

vii) για την εμπορική προώθηση ασφαλιστικών προϊόντων της Generali

Στις περιπτώσεις i), ii) και iii) ανωτέρω, νομική βάση της επεξεργασίας των Προσωπικών σας Δεδομένων είναι η εκτέλεση των αναγκαίων προσυμβατικών ενεργειών και η εκπλήρωση των όρων του ασφαλιστηρίου σας, εάν αυτό καταρτιστεί (άρθρο 6 § 1 (β) του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων. Στις περιπτώσεις iv) και vi) ανωτέρω, η επεξεργασία γίνεται στη βάση της διάταξης του άρθρου 6 § 1 (στ) του ΓΚΠΔ, για την ικανοποίηση εννόμων συμφερόντων της Generali. Στην περίπτωση v) ανωτέρω, νομική βάση της επεξεργασίας των Προσωπικών σας Δεδομένων είναι η συμμόρφωση της Generali με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο (άρθρο 6 § 1 (γ) του ΓΚΠΔ), ενώ, τέλος, στην περίπτωση vii), νομική βάση είναι η συγκατάθεσή σας (άρθρο 6 § 1 (α) του ΓΚΠΔ).

Η επεξεργασία ειδικών κατηγοριών Προσωπικών Δεδομένων σας, που αφορούν στην υγεία σας, καθώς και των εξαρτωμένων μελών σας, γίνεται μόνο με τη ρητή συγκατάθεσή σας, στη βάση της διάταξης του άρθρου 9 § 2 (α) του ΓΚΠΔ.

3. Ποια Προσωπικά Δεδομένα χρησιμοποιούμε

Θα επεξεργαστούμε μόνο Προσωπικά Δεδομένα που είναι απολύτως αναγκαία για τους ανωτέρω αναφερόμενους σκοπούς. Συγκεκριμένα, η Generali θα επεξεργαστεί:

- Τα στοιχεία ταυτοποίησής σας (ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, ΑΦΜ, ΑΜΚΑ κλπ.).
- Τα στοιχεία επικοινωνίας σας (διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail, κλπ.).
- Τα στοιχεία του τραπεζικού σας λογαριασμού (IBAN) ή της πιστωτικής κάρτας σας.
- Στοιχεία αναφορικά με το εισόδημά σας (εκκαθαριστικό, κλπ.) εάν απαιτείται.
- Στην περίπτωση της διαδικασίας ανάληψης κινδύνου, εάν απαιτείται, το ιατρικό σας ιστορικό, και των εξαρτωμένων μελών σας σύμφωνα με τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο που τυχόν συμπληρώσατε στην αίτησή σας ή και τυχόν ιατρικές ή διαγνωστικές εξετάσεις και τα αποτελέσματα αυτών που τυχόν θα προσκομίσετε στη Generali.
- Στην περίπτωση της διαδικασίας ανάληψης κινδύνου με teleunderwriting: το ιατρικό ιστορικό σας και των εξαρτωμένων μελών σας, με βάση τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώσατε μέσω της τηλεφωνικής συνέντευξης ή και τυχόν ιατρικές ή διαγνωστικές εξετάσεις και τα αποτελέσματα αυτών που θα προσκομίσετε στη Generali.
- Τυχόν άλλα δεδομένα που η Generali τηρεί στο αρχείο της, από προηγούμενες συναλλαγές μαζί σας.

Αποκτήσαμε πρόσβαση στα Προσωπικά Δεδομένα που σας αφορούν είτε απευθείας από εσάς είτε μέσω του ασφαλιστικού σας διαμεσολαβητή.

Σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, η Generali θα σας ζητήσει επιπλέον στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων ειδικών κατηγοριών δεδομένων (δεδομένα υγείας), καθώς και πρόσθετα δικαιολογητικά.

4. Με ποιον μοιραζόμαστε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Μπορεί να μοιραστούμε Προσωπικά Δεδομένα σας με εξωτερικούς οργανισμούς όπως με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σας, συνεργαζόμενους πραγματογνώμονες ιατρούς, τον εξωτερικό συνεργάτη μας ο οποίος θα συντονίζει τον προασφαλιστικό ιατρικό έλεγχο (εάν είναι αναγκαίο). Θα διαβιβάσουμε, επιπλέον, Προσωπικά σας Δεδομένα και πληροφορίες καλύψεων ή/και εξαιρέσεων προς τους συνεργάτες μας που παρέχουν τηλεφωνική εξυπηρέτηση για την παροχή των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριό σας, καθώς και σε τυχόν ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνετε χρήση αυτών των υπηρεσιών. Μπορεί, επίσης, να μοιραστούμε τα Προσωπικά σας Δεδομένα με τη μητρική εταιρεία του Ομίλου Generali, άλλες εταιρίες του Ομίλου Generali, καθώς και με συνεργαζόμενες αντασφαλιστικές εταιρίες. Η Generali έχει λάβει τα αναγκαία μέτρα ώστε κάθε φορά να διαβιβάζονται μόνο τα απολύτως αναγκαία δεδομένα και να εξασφαλίζεται η νομιμότητα της επεξεργασίας.

Η Generali δεν πρόκειται να αποκαλύψει με οποιονδήποτε τρόπο τα Προσωπικά σας Δεδομένα σε οποιοδήποτε τρίτο μέρος το οποίο δε σχετίζεται με το ασφαλιστήριό σας και την παροχή των καλύψεων και των υπηρεσιών που προβλέπονται από αυτό, εκτός εάν αυτό απαιτείται από τη νομοθεσία ή από νόμιμο αίτημα ή εντολή δημόσιας αρχής. Η Generali δεν πρόκειται να διαβιβάσει κανένα προσωπικό σας δεδομένο σε τρίτους για χρήση σε εμπορικές προωθητικές ενέργειες, χωρίς την προηγούμενη ρητή σας συγκατάθεση.

5. Γιατί απαιτείται η συλλογή και επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων σας

Η συλλογή και επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων σας είναι αναγκαία για τη σύναψη και τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου. Εάν δεν παράσχετε τα Προσωπικά Δεδομένα σας, δυστυχώς, η Generali δεν δύναται να προβεί στη σύναψη του ασφαλιστηρίου ή/και στην παροχή των υπηρεσιών και καλύψεων που αυτό προβλέπει.

Απαιτείται επίσης για τη συμμόρφωση της Generali με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία των ασφαλιστικών εταιριών καθώς και για την ικανοποίηση εννόμων συμφερόντων της Generali.

6. Τα δικαιώματά σας αναφορικά με τα Προσωπικά Δεδομένα

Μπορείτε να ασκήσετε τα ακόλουθα δικαιώματα αναφορικά με τα Προσωπικά Δεδομένα σας: Πρόσβασης, Διόρθωσης, Φορητότητας, και, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις του νόμου, Διαγραφής, Περιορισμού και Εναντίωσης.

Για περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τις προϋποθέσεις άσκησης των δικαιωμάτων σας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Generali (www.generaligr). Μπορείτε να ασκήσετε τα δικαιώματά σας μέσω της ιστοσελίδας μας ή, εναλλακτικά, μπορείτε να επικοινωνήσετε απευθείας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων στο compliance.dataprotection@generaligr για την άσκηση των δικαιωμάτων σας, καθώς και για κάθε άλλη πληροφορία.

7. Πως μπορείτε να υποβάλετε μια καταγγελία

Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι θίγεται με οποιονδήποτε τρόπο η προστασία των Προσωπικών σας Δεδομένων, μπορείτε να προσφύγετε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα: Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, www.dpa.gr.

8. Για πόσο καιρό διατηρούμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Θα διατηρήσουμε και θα επεξεργαζόμαστε τα Προσωπικά σας Δεδομένα για τους σκοπούς που αναφέρονται παραπάνω για όσο διάστημα το ασφαλιστήριό σας είναι σε ισχύ και μέχρι είκοσι έτη μετά τη λήξη ισχύος του για οποιοδήποτε λόγο, εκτός εάν η νομοθεσία προβλέπει διαφορετική περίοδο διατήρησης. Σε περίπτωση μη σύναψης του ασφαλιστηρίου, θα διατηρήσουμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας μέχρι και για πέντε έτη.

9. Αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ

Για την εκτίμηση της αίτησής σας για ασφάλιση, θα επεξεργαστούμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας με αυτοματοποιημένο τρόπο, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ. Η αυτοματοποιημένη διαδικασία θα εξετάσει την αίτηση ασφάλισης με βάση τους κανόνες ανάληψης κινδύνου της Generali και θα εκδώσει μια συγκεκριμένη πρόταση ασφάλισης. Η συγκεκριμένη αυτοματοποιημένη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει τη χρήση αλγορίθμων, βασίζεται σε μαθηματικές/στατιστικές αναλύσεις των κρίσιμων από την άποψη της ασφαλιστικής τεχνικής παραμέτρων, που στοχεύουν στη σωστή αξιολόγηση του υπό ανάληψη κινδύνου και στον καθορισμό του κατάλληλου αναλογικού ύψους ασφαλιστρού.

Πιο αναλυτικά, η λογική της αυτοματοποιημένης επεξεργασίας καθιστά δυνατή: i) την αντικειμενική αξιολόγηση του κινδύνου, ii) την ένταξή του σε ομοιογενή ομάδα κινδύνων με βάση ιδίως τη συχνότητα και iii) την ένταση των ζημιών που ενδέχεται ο εν λόγω κίνδυνος να επιφέρει, ως και την ορθή τιμολόγησή του. Η αυτοματοποιημένη επεξεργασία αφορά δεδομένα που έχετε εσείς παράσχει μέσω της αίτησης ένταξης καθώς και δεδομένα σας που μπορεί να συλλέγονται από τρίτες πηγές. Με βάση την εν λόγω αυτοματοποιημένη επεξεργασία, είναι δυνατόν να προκύψει διαφοροποίηση στο ασφαλιστρού.

Σε σχέση με αυτή την Επεξεργασία, έχετε το δικαίωμα να μην υπόκεισθε σε οποιαδήποτε απόφαση, εάν αυτή η απόφαση βασίζεται αποκλειστικά σε αυτοματοποιημένη επεξεργασία και παράγει έννομα αποτελέσματα για εσάς ή σας επηρεάζει σημαντικά. Δικαιούστε, επίσης να διατυπώσετε την άποψή σας επ' αυτής της απόφασης, να ενημερωθείτε για την αιτιολογία αυτής και να αμφισβητήσετε το περιεχόμενό της. Για την άσκηση όλων των προαναφερόμενων δικαιωμάτων σας, μπορείτε να απευθυνθείτε στο αρμόδιο Τμήμα ή στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (αποστέλλοντας σχετικό αίτημα στο email: compliance.dataprotection@generaligr).

Η Generali, τέλος, ενδέχεται να κάνει χρήση αυτοματοποιημένων διαδικασιών κατά τη διάρκεια ισχύος του ασφαλιστηρίου προκειμένου να διενεργεί ελέγχους για την αποφυγή ασφαλιστικής εξαπάτησης και για τη συμμόρφωσή της με υποχρεώσεις που απορρέουν από τη νομοθεσία για την αποφυγή του ξηπλύματος χρήματος και την αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με χρηματοοικονομικούς λογαριασμούς.

10. Δήλωση ενημέρωσης και συγκατάθεσης ειδικά για την επεξεργασία ειδικών κατηγοριών Προσωπικών Δεδομένων

Ενημερώθηκα ρητώς, ότι η Generali θα συλλέγει, αποθηκεύει και εν γένει θα επεξεργάζεται ειδικές κατηγορίες δεδομένων μου (δεδομένα υγείας) που απαιτούνται για τη σύναψη, έκδοση και διαχείριση του ασφαλιστηρίου και παροχή των καλύψεων αυτού, συμπεριλαμβανομένης της διαβίβασης αυτών σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνω χρήση των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο.

Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας, έχω το δικαίωμα ανά πάσα στιγμή να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου, χωρίς να θιγεί η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση πριν από την ανάκλησή της, Μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στη Generali είτε ηλεκτρονικά στο email: compliance.dataprotection@generaligr, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμετζή 40, 11745 Αθήνα με την ένδειξη Υπόψη Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων.

Σε περίπτωση ανάκλησης της συγκατάθεσής μου και ανάλογα με το στάδιο στο οποίο θα συμβεί αυτό, η Generali δεν θα είναι σε θέση είτε να εκτιμήσει την αίτηση ασφάλισης, εφόσον η μη χορήγηση ή η ανάκληση έχει πραγματοποιηθεί πριν τη σύναψη του ασφαλιστηρίου, είτε να διαχειριστεί αιτήματα αποζημίωσης ή άλλα ζητήματα που σχετίζονται με την ασφάλισή μου και την παροχή των ασφαλιστικών καλύψεων, εφόσον η ανάκληση πραγματοποιηθεί, ενόσω η μεταξύ μας ασφαλιστική σχέση είναι σε ισχύ. Στην περίπτωση αυτή, η Generali θα έχει το δικαίωμα να αναστείλει την εκπλήρωση των συμβατικών της υποχρεώσεων ή και να προβεί άμεσα στη διακοπή της συμβατικής μας σχέσης, δεδομένου ότι πλέον δεν θα νομιμοποιείται να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου και ως εκ τούτου η εκπλήρωση των συμβατικών της υποχρεώσεων καθίσταται ανέφικτη.

Συμβαλλόμενος

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών από τη Generali, συμπεριλαμβανομένης της διαβίβασης αυτών σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνω χρήση των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο και Συναινώ ΔΕΝ Συναινώ.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ημερομηνία

Ασφαλισμένος Νο 1

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών από τη Generali, συμπεριλαμβανομένης της διαβίβασης αυτών σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνω χρήση των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο και Συναινώ ΔΕΝ Συναινώ.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ημερομηνία

(Το σημείο αυτό συμπληρώνεται και υπογράφεται από άτομα άνω των 15 ετών, σε διαφορετική περίπτωση από τον έχοντα την επιμέλεια αυτών).

Ασφαλισμένος Νο 2

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών από τη Generali, συμπεριλαμβανομένης της διαβίβασης αυτών σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνω χρήση των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο και Συναινώ ΔΕΝ Συναινώ.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ημερομηνία

(Το σημείο αυτό συμπληρώνεται και υπογράφεται από άτομα άνω των 15 ετών, σε διαφορετική περίπτωση από τον έχοντα την επιμέλεια αυτών).

Ασφαλισμένος Νο 3

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών από τη Generali, συμπεριλαμβανομένης της διαβίβασης αυτών σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνω χρήση των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο και Συναινώ ΔΕΝ Συναινώ.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ημερομηνία

(Το σημείο αυτό συμπληρώνεται και υπογράφεται από άτομα άνω των 15 ετών, σε διαφορετική περίπτωση από τον έχοντα την επιμέλεια αυτών).

Ασφαλισμένος Νο 4

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών από τη Generali, συμπεριλαμβανομένης της διαβίβασης αυτών σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνω χρήση των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο και Συναινώ ΔΕΝ Συναινώ.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ημερομηνία

(Το σημείο αυτό συμπληρώνεται και υπογράφεται από άτομα άνω των 15 ετών, σε διαφορετική περίπτωση από τον έχοντα την επιμέλεια αυτών).

11. Δήλωση ενημέρωσης και συγκατάθεσης ειδικά για σκοπούς marketing

Ενημερώθηκα ρητώς, ότι η Generali θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Generali.

Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας, έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω τη συγκατάθεση μου, μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην Εταιρεία (αποστέλλοντας σχετικό αίτημα στο email: compliance.dataprotection@generaligr ή fax στο +30 210 726 8810, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα, υπόψιν του αρμόδιου Τμήματος/Υπεύθυνου για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της Εταιρείας).

Συμβαλλόμενος

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων από τη Generali για σκοπούς marketing και Συναινώ ΔΕΝ Συναινώ.

Ημερομηνία:

Υπογραφή Ασφαλισμένου 1

Υπογραφή Ασφαλισμένου 2

Υπογραφή Ασφαλισμένου 3

Υπογραφή Ασφαλισμένου 4

Υπογραφή Συμβαλλόμενου

(Εφόσον διάφορος του Ασφαλιζόμενου)

Υπογράφουν όσοι ασφαλιζόμενοι είναι άνω των 18 ετών.

Υπογραφή Εξουσιοδοτημένου

Ασφαλιστικού Συνεργάτη

Generali Hellas Ανώνυμος Ασφαλιστική Εταιρεία

Κεντρικά Γραφεία: Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα, Τ 210 80 96 100, F 210 80 96 367

Γραφείο Β. Ελλάδα: 26^{ος} Οκτωβρίου 38-40, 3^{ος} όροφος, 546 27, Θεσσαλονίκη, Τ 2310 551 144, F 2310 552 282

Μέλος του Ομίλου Generali εγγεγραμμένη στο Μητρώο Ασφαλιστικών Ομίλων,

Α.Φ.Μ.: 094327684, ΑΡ.Μ.Α.Ε.: 25081/05/Β/91/22, ΑΡ.Γ.Ε.ΜΗ.: 941401000

generaligr