

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Αριθμός Ασφαλιστηρίου: _____ Κωδικός Συνεργάτη: _____
Όνομ/νυμο Συνεργάτη: _____

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
Όνομα: _____ ΑΔΤ/Αρ. Διαβ.: _____
Όνομα Πατέρα: _____ Υπηκοότητα: _____
Φύλο: Α Θ Δ/νση Κατ/κίας: _____
Ημ. Γέννησης: _____ Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____ Πόλη: _____
Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος Άγαμος Χήρος Δήμος/Νομός: _____
Διαζευγμένος Τηλ. Κατοικίας: _____
Ιδιότητα: Φυσικό Πρόσωπο Νομικό Πρόσωπο Κινητό Τηλέφωνο: _____
Ταμείο Ασφάλισης: _____ E-mail: _____
Α.Μ.Κ.Α.: _____
Επάγγελμα: _____

Στοιχεία Επικοινωνίας

Δ/νση Αλληλ/φίας: _____ Αριθμός: _____ Δήμος/Νομός: _____ Τ.Κ.: _____
Σταθερό Τηλέφωνο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____

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

Στοιχεία Παλαιού Συμβαλλόμενου

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Υπογραφή: _____

2. ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

Προσθήκη Ασφαλιζομένου 1

Επώνυμο: _____ Ταμείο Ασφάλισης: _____
Όνομα: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
Όνομα Πατέρα: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
Φύλο: Α Θ ΑΔΤ/Αρ. Διαβ.: _____
Ημ. Γέννησης: _____ Υπηκοότητα: _____
Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος Άγαμος Χήρος Τηλ. Επικοινωνίας: _____
Διαζευγμένος Επάγγελμα: _____

Προσθήκη Ασφαλιζομένου 2

Επώνυμο: _____ Ταμείο Ασφάλισης: _____
Όνομα: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
Όνομα Πατέρα: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
Φύλο: Α Θ ΑΔΤ/Αρ. Διαβ.: _____
Ημ. Γέννησης: _____ Υπηκοότητα: _____
Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος Άγαμος Χήρος Τηλ. Επικοινωνίας: _____
Διαζευγμένος Επάγγελμα: _____

Προσθήκη Ασφαλιζομένου 3

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Ταμείο Ασφάλισης:	<input type="text"/>
Όνομα:	<input type="text"/>	A.M.K.A:	<input type="text"/>
Όνομα Πατέρα:	<input type="text"/>	A.Φ.Μ.:	<input type="text"/>
Φύλο:	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	ΑΔΤ/Αρ. Διαβ.:	<input type="text"/>
Ημ. Γέννησης:	<input type="text"/>	Υπηκοότητα:	<input type="text"/>
Οικογενειακή Κατάσταση:	Έγγαμος <input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/> Χήρος <input type="checkbox"/>	Τηλ. Επικοινωνίας:	<input type="text"/>
	Διαζευγμένος <input type="checkbox"/>	Επάγγελμα:	<input type="text"/>

3. ΑΛΑΓΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΥ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ετήσια | <input type="checkbox"/> Τριμηνιαία | <input type="checkbox"/> Εξαμηνιαία | <input type="checkbox"/> Μηνιαία* |
| <input type="checkbox"/> Πάγια Εντολή Τράπεζας | <input type="checkbox"/> Πιστωτική Κάρτα | <input type="checkbox"/> Ταχυπληρωμή | |

*Η μηνιαία συχνότητα καταβολής ασφαλιστρού αποτελεί διαθέσιμη επιλογή μόνο μέσω πάγιας εντολής χρέωσης τραπεζικού λογ/σμού ή πιστωτικής κάρτας.

4. ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

5. ΛΟΙΠΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Αλλαγή Ονοματεπώνυμου <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Αντίγραφο Ασφαλιστηρίου |
| <input type="checkbox"/> Επαναφορά ασφαλιστηρίου | <input type="checkbox"/> Ακύρωση Ασφαλιστηρίου |

6. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

7. ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ Generali Hellas I A.A.E.

- Υπεύθυνα δηλώνω ότι τα στοιχεία της παρούσας αίτησης μετατροπής καθώς και εκείνα που ενυπόγραφα έδωσα ή πρόκειται να δώσω σε ιατρούς εξουσιοδοτημένους από την Generali Hellas A.A.E. είναι πλήρη και αληθινά.
- Εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε γιατρό, συνεργαζόμενο πάροχο υγείας και κάθε νόμιμο εκπρόσωπο της Εταιρείας, να συλλέγει ιατρικές πληροφορίες, τώρα ή/και στο μέλλον σχετικές με την κατάσταση της υγείας των ασφαλισμένων μελών της οικογένειας, όπως αναφέρονται στο ασφαλιστήριο. Τις πληροφορίες που θα συλλέξει θα τις μεταφέρει στην Generali Hellas A.E.E. για όσο χρονικό διάστημα εγώ ή οι «δικαιούχοι» μου έχουν αξίωση καταβολής αποζημίωσης από οποιαδήποτε κάλυψη του ασφαλιστηρίου.

8. 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 Εταιρία (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/epikoionwnia/>.

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:

- για την εκτίμηση (underwriting), αντασφάλιση και διαχείριση του ασφαλιστικού κινδύνου, και τον καθορισμό του ασφαλιστρού
- για τη σύναψη, έκδοση και διαχείριση του ασφαλιστηρίου
- 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
- 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
- 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
- για την καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης
- 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 ένταξη 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 ασφάλιστρο.

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@generali.gr).

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 ξεπλύματος 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@generali.gr, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμιτζή 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 Συναίνω ΔΕΝ Συναίνω.

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 Συναίνω ΔΕΝ Συναίνω.

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 Συναίνω ΔΕΝ Συναίνω.

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 Συναίνω ΔΕΝ Συναίνω.

Ημερομηνία Υπογραφή Συμβαλλομένου

Όνοματεπώνυμο και Υπογραφές Ασφαλιζόμενων/Ασφαλισμένων Μελών

Υπογράφουν ο Συμβαλλόμενος και όσα μέλη 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.ΓΕ.ΜΗ.: 941401000

generaligr