

## 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  Διζευγμένος  Δήμος/Νομός: \_\_\_\_\_  
Ιδιότητα: Φυσικό Πρόσωπο  Νομικό Πρόσωπο  Τηλ. Κατοικίας: \_\_\_\_\_  
Ταμείο Ασφάλισης: \_\_\_\_\_ Κινητό Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_  
Α.Μ.Κ.Α.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_  
Διζευγμένος  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: \_\_\_\_\_  
Διζευγμένος  Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

### Προσθήκη Ασφαλιζόμενου 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. ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΥ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

- Ετήσια  Τριμηνιαία  Εξαμηνιαία  Μηνιαία\*
- Πάγια Εντολή Τράπεζας  Πιστωτική Κάρτα  Ταχυπληρωμή

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

### 4. ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΛΥΨΕΩΝ Medi

Συμπληρώστε τα ονοματεπώνυμα των ασφαλιζόμενων μελών ή/και των ήδη ασφαλισμένων μελών με τις νέες καλύψεις που επιθυμείτε.

Όνοματεπώνυμο μέλους	Classic	Extra	Αποπληρωμή Ασφαλιστρού λόγω Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας (Η κάλυψη αυτή δίνεται ΜΟΝΟ στο συμβαλλόμενο που είναι και ασφαλισμένος στο ασφαλιστήριο)
	Εκπιπτόμενο ποσό		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 600€ <input type="checkbox"/> 1.500€ <input type="checkbox"/> 3.000€ <input type="checkbox"/> 6.000€ <input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα <input type="checkbox"/> Medioun Care
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 600€ <input type="checkbox"/> 1.500€ <input type="checkbox"/> 3.000€ <input type="checkbox"/> 6.000€ <input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα <input type="checkbox"/> Medioun Care
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 600€ <input type="checkbox"/> 1.500€ <input type="checkbox"/> 3.000€ <input type="checkbox"/> 6.000€ <input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα <input type="checkbox"/> Medioun Care
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 600€ <input type="checkbox"/> 1.500€ <input type="checkbox"/> 3.000€ <input type="checkbox"/> 6.000€ <input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα <input type="checkbox"/> Medioun Care
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.500€	<input type="checkbox"/> 600€ <input type="checkbox"/> 1.500€ <input type="checkbox"/> 3.000€ <input type="checkbox"/> 6.000€ <input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα <input type="checkbox"/> Medioun Care

Το Medioun Classic δεν μπορεί να συνδυαστεί με το Medioun Extra στο ίδιο ασφαλιστήριο.

### 5. ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

#### Προτιμώμενες ημέρες και ώρες επικοινωνίας

Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία σε περίπτωση προσθήκης ασφαλιζόμενου μέλους ή μείωσης εκπιπτόμενου ποσού

Όνοματεπώνυμο μέλους	Τηλέφωνο επικοινωνίας:	Ημέρα	Ώρα
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Δευτέρα	<input type="checkbox"/> Τρίτη
		<input type="checkbox"/> Τετάρτη	<input type="checkbox"/> Πέμπτη
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Παρασκευή	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00
		<input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00	<input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00
		<input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00	<input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00
		<input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00	<input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00
		<input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00	<input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00
		<input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00	<input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00

## Στοιχεία Κηδεμόνα

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ | Σχέση κηδεμόνα με ανήλικο: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): \_\_\_\_\_

## Διευκρινίσεις

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 6. ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΑΛΥΨΕΩΝ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7. ΛΟΙΠΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

- Αλλαγή Όνοματεπώνυμου** \_\_\_\_\_  **Αντίγραφο Ασφαλιστηρίου**  
 **Αλλαγή Επαγγέλματος Ασφαλισμένου - Συμβαλλομένου** \_\_\_\_\_  **Ακύρωση Ασφαλιστηρίου**

### Επαναφορά Ασφαλιστηρίου

Υπεύθυνα δηλώνω ότι η κατάσταση της υγείας μου δεν έχει μεταβληθεί από την ημερομηνία ακύρωσης του παρόντος ασφαλιστηρίου, καθώς επίσης δεν έχω ασθενήσει ή νοσηλευθεί ούτε έχω λάβει οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή κατά το διάστημα αυτό.

## 8. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 9. ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### Τηλεφωνική Συνέντευξη

Η τηλεφωνική συνέντευξη είναι μια σύγχρονη, σύντομη και αποτελεσματική μέθοδος για τη συμπλήρωση του ιατρικού ερωτηματολογίου, από εκπρόσωπο της ιατρικής ομάδας της Generali Hellas A.A.E., με σκοπό τη διευκόλυνσή σας αλλά και την ταχύτερη εξυπηρέτησή σας. Αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την εκτίμηση της αίτησης από την Εταιρεία και θα διαρκέσει περίπου 15 λεπτά για κάθε μέλος, τις ημέρες και ώρες επικοινωνίας που μας έχετε δηλώσει. Επιπλέον, αποσκοπεί στην επιβεβαίωση των προσωπικών στοιχείων όλων των μελών.

Για τους ανήλικους, η τηλεφωνική συνέντευξη θα πραγματοποιηθεί με τον κηδεμόνα τους στα στοιχεία επικοινωνίας που μας έχετε δηλώσει. Όλα τα ενήλικα μέλη, καθώς και οι κηδεμόνες των ανηλίκων, θα πρέπει κατά τη διάρκεια της τηλεφωνικής συνέντευξης να έχουν μαζί τους:

- Α.Δ.Τ. ή Αρ. Διαβατηρίου, Α.Φ.Μ. και Α.Μ.Κ.Α.
- Την παρούσα αίτηση μετατροπής υγείας για επιβεβαίωση των στοιχείων που έχουν δηλωθεί.
- Όλα τα έγγραφα τα οποία σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας σας στα οποία ενδέχεται να ανατρέξετε κατά τη διάρκεια της τηλεφωνικής συνέντευξης, όπως:
  - ✓ Βιβλιάριο Υγείας
  - ✓ Συνταγολόγιο
  - ✓ Ιστορικά νοσηλειών ή επεμβάσεων
  - ✓ Αποτελέσματα ιατρικών ελέγχων και εξετάσεων.

### Ιατρικός Έλεγχος

Εάν ανήκετε στην παρακάτω κατηγορία, θα σας ζητήσουμε να υποβληθείτε στις παρακάτω ιατρικές εξετάσεις με έξοδα της Generali Hellas A.A.E. και αφού ολοκληρωθεί η τηλεφωνική συνέντευξη:

- **60-65 ετών:** Γενική γνωμάτευση/εξέταση παθολόγου, γενική ούρων, γενική αίματος, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c).

Ανεξαρτήτως ηλικίας, διατηρούμε το δικαίωμα να σας ζητήσουμε να υποβληθείτε σε περαιτέρω ιατρικό έλεγχο, εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο, σύμφωνα με τις απαντήσεις σας στο ιατρικό ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια της τηλεφωνικής συνέντευξης. Επιπλέον, αποδεχόμαστε τα αποτελέσματα των παρακάτω πρόσφατων ιατρικών εξετάσεων στις οποίες τυχόν έχετε υποβληθεί: Ηλεκτροκαρδιογράφημα έως και 6 μηνών, τεστ κόπωσης και άλλοι καρδιολογικοί έλεγχοι έως και 10 μηνών, υπέρηχος καρδιάς έως και 10 μηνών, απεικονιστικές εξετάσεις γενικώς έως και 6 μηνών, αιματολογικές εξετάσεις πλην γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης έως και 6 μηνών, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη έως και 3 μηνών, μαστογραφίες έως και 12 μηνών, γενική ούρων έως και 2 μηνών.

## 10. ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (αφορά προσθήκη ασφαλιζόμενων μελών)

Εάν επιθυμείτε συνέχιση ασφάλισης, θα πρέπει να δηλωθούν τα εξής:

Επωνυμία εταιρείας: \_\_\_\_\_ Ονοματεπώνυμο ασφαλιζόμενου μέλους: \_\_\_\_\_

Αριθμός ασφαλιστηρίου: \_\_\_\_\_

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

- Εν ισχύ ασφαλιστήριο,
- Πληρωμένο έως και ένα μήνα πριν από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.

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 διακριτούς τους όρους 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.

## 11. ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ Generali Hellas 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.
- Δηλώνω και αποδέχομαι ότι δεν έχω λάβει, δε λαμβάνω και δε μου έχει συσταθεί φαρμακευτική αγωγή ή χειρουργική επέμβαση για κάποιο από τα παρακάτω νοσήματα: Καρκίνος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, εγκεφαλικές αιμορραγίες και ανευρίσματα, στεφανιαία νόσος, bypass, σακχαρώδης διαβήτης τύπου I και II, ανεπάρκειες/μεταμοσχεύσεις ζωτικών οργάνων, νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα, ηπατίτιδα C/D/E, HIV I και II, συστηματικός ερυθματώδης λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας.
- 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.A.E. για όσο χρονικό διάστημα εγώ ή οι «δικαιούχοι» μου έχουν αξίωση καταβολής αποζημίωσης από οποιαδήποτε κάλυψη του ασφαλιστηρίου.

## 12. 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.generaligr/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@generaligr](mailto:compliance.dataprotection@generaligr).

### 2. Πώς θα χρησιμοποιήσουμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Η Generali θα χρησιμοποιήσει τα Προσωπικά σας Δεδομένα:

- i) για την εκτίμηση (underwriting), ανασφάλιση 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.gr](http://www.generaligr.gr)). 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.gr](mailto:compliance.dataprotection@generaligr.gr) 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](http://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 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@generaligr](mailto: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 συγκατάθεση μου, χωρίς να θιγεί η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση πριν από την ανάκλησή της, Μπορώ να ανακαλέσω της συγκατάθεσή μου μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στη Generali είτε ηλεκτρονικά στο email: [compliance.dataprotection@generaligr](mailto:compliance.dataprotection@generaligr), 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  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](mailto: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 Συμβαλλομένου

Όνοματεπώνυμα και Υπογραφές Ασφαλιζόμενων/Ασφαλισμένων Μελών

**Υπογράφουν ο Συμβαλλόμενος και όσα μέλη είναι άνω των 18 ετών**

Υπογραφή Εξουσιοδοτημένου Ασφαλιστικού Συνεργάτη