

My Check-In Έντυπο δηλώσεων ασφαλισμένου



Παρακαλούμε να συμπληρωθεί από τον ασφαλισμένο, ο οποίος πρόκειται να νοσηλευθεί. Υπενθυμίζουμε ότι η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική, εκτός και αν αναφέρεται αλλιώς. Το έντυπο αυτό, συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο, μαζί με την ιατρική γνωμάτευση του θεράποντα γιατρού θα πρέπει να αποσταλούν στην ηλεκτρονική διεύθυνση check-in@generaligr ή εναλλακτικά μέσω fax στο +30 210 94 28 650 και τουλάχιστον 2 εργάσιμες ημέρες πριν από προγραμματισμένη νοσηλεία.

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ο οποίος πρόκειται να νοσηλευθεί)

Επώνυμο: Αριθμός ασφαλιστηρίου:
Όνομα: Διεύθυνση επικοινωνίας:
Πατρώνυμο: Κινητό τηλέφωνο επικοινωνίας:
Ημ. Γέννησης: Σταθερό τηλέφωνο επικοινωνίας:
Α.Φ.Μ.:* E-mail επικοινωνίας:
*(σε περίπτωση ανηλίκου, συμπληρώνεται το ΑΦΜ κηδεμόνα)

2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Δηλώστε εάν υπάρχει επιπρόσθετος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός):

ΕΟΠΥΥ
 Άλλη Ασφάλιση:

Δηλώστε το Νοσηλευτήριο στο οποίο θα νοσηλευτείτε καθώς και την ημερομηνία της προγραμματισμένης εισαγωγής σας:*

Συμπληρώστε τα στοιχεία επικοινωνίας του θεράποντα γιατρού με την επίβλεψη του οποίου έχει προγραμματιστεί να εισαχθείτε στο νοσηλευτήριο:

Επώνυμο: Όνομα:

Ειδικότητα:

Τηλέφωνα επικοινωνίας: Σταθερό: Κινητό:

(*) Σε περίπτωση που δεν έχετε προγραμματίσει τη νοσηλεία σας και σκοπεύετε να την προγραμματίσετε στο εγγύς μέλλον, εφόσον λάβετε τη βεβαίωση κάλυψής σας, παρακαλούμε όπως μας ενημερώσετε εκ νέου, καλώντας τη Γραμμή Υγείας στο 210 80 96 100 έως και 1 εργάσιμη ημέρα πριν την εισαγωγή σας, με σκοπό να ενημερώσουμε με τη σειρά μας το νοσηλευτήριο που θα μας δηλώσετε. Σας υπενθυμίζουμε ότι σε περίπτωση κάλυψης της νοσηλείας σας, η βεβαίωση που θα λάβετε θα έχει ισχύ 30 ημερολογιακές ημέρες από την ημερομηνία έκδοσής της.

Περιγράψτε τα κυριότερα συμπτώματα της ασθένειας/πάθησης και πότε πρωτοεμφανίστηκαν (προσδιορίστε την ημερομηνία με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια)

Από πότε διαγνωστήκατε για πρώτη φορά για την συγκεκριμένη ασθένεια/πάθηση;

Ποιος είναι ο λόγος για τον οποίο προγραμματίστηκε να νοσηλευτείτε;

Η δηλωθείσα ασθένεια/πάθηση οφείλεται σε ατύχημα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν απαντήσατε “Ναι” στην προηγούμενη ερώτηση, δηλώστε την ημερομηνία και τις συνθήκες του ατυχήματος:

Έχετε υποβληθεί στο παρελθόν σε οποιαδήποτε εξέταση (διαγνωστική ή απεικονιστική) για τη διάγνωση ή/και παρακολούθηση αυτής της ασθένειας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν απαντήσατε «Ναι» στην προηγούμενη ερώτηση, παρακαλούμε να αναφέρετε ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει και πότε:

Εξέταση: _____ Ημερομηνία: _____

Εξέταση: _____ Ημερομηνία: _____

Εξέταση: _____ Ημερομηνία: _____

Παρακαλούμε να επισυνάψετε τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, τις γνωματεύσεις/πορίσματα των απεικονιστικών εξετάσεων:

Εξέταση: _____ Ημερομηνία: _____

Εξέταση: _____ Ημερομηνία: _____

Εξέταση: _____ Ημερομηνία: _____

3. ΔΗΛΩΣΕΙΣ

Για την ενεργοποίηση της υπηρεσίας My Check-In και την έκδοση βεβαίωσης κάλυψης, αποδέχομαι και εξουσιοδοτώ την Generali Hellas A.A.E. και τις εξουσιοδοτημένες εταιρείες οι οποίες λειτουργούν για λογαριασμό της (MedNet Ελλάς Α.Ε.) να:

- Διαχειρίζονται, εξετάζουν και διαβιβάζουν τις ιατρικές πληροφορίες τις οποίες παρέχω με το παρόν έντυπο και τα συνοδευτικά αυτού έγγραφα/ δικαιολογητικά καθώς και όποια άλλη ιατρική πληροφορία ζητηθεί από εμένα, σε συνεργαζόμενους γιατρούς, με σκοπό την εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης και τη διαχείριση του αιτήματός μου για νοσηλεία.
- Κοινοποιούν στο συμβεβλημένο νοσηλευτήριο στο οποίο έχει προγραμματιστεί η εισαγωγή μου τη βεβαίωση κάλυψης, σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα Νομοθεσία περί Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.
- Λαμβάνουν από τους θεράποντες ιατρούς μου κάθε πληροφορία που κρίνουν απαραίτητη για τη διαχείριση της επικείμενης νοσηλείας μου.

Υπεύθυνα δηλώνω ότι όλα τα ιατρικά στοιχεία που παρέχω με το παρόν έντυπο είναι πλήρη, ακριβή και αληθινά. Αντιλαμβάνομαι ότι οι δηλώσεις του παρόντος και η ιατρική γνωμάτευση του θεράποντα γιατρού μου, θα αποτελέσουν τη βάση για την εκτίμηση της ασφαλιστικής περίπτωσης μου, σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου υγείας που κατέχω.

Έχω ενημερώσει τον θεράποντα γιατρό μου για τη διαβίβαση των στοιχείων επικοινωνίας του στην Generali Hellas A.A.E. και τις συνεργαζόμενες με αυτή εταιρείες. ΝΑΙ ΟΧΙ**

**Σε περίπτωση μη ενημέρωσης του θεράποντα γιατρού σας, ενδέχεται να μην είμαστε σε θέση να ολοκληρώσουμε τη διαδικασία My Check-In.

4. ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Δηλώνω ότι, κατ' εφαρμογή των διατάξεων των άρθρων 13 και 14 του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων (Κανονισμός (ΕΕ) 2016/ 679), ενημερώθηκα για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, που διενεργείται από την Generali Hellas A.A.E. (εφεξής η «Εταιρεία»), στο πλαίσιο των σκοπών που ορίζονται κατωτέρω, και με την παρούσα δηλώνω τη συναίνεσή μου (ή μη), σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 6 για τα απλά δεδομένα και του άρθρου 9 για τις ειδικές κατηγορίες δεδομένων του ανωτέρω Κανονισμού για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων για τους σκοπούς επεξεργασίας, που ορίζονται κατωτέρω και έχουν ως νομική βάση τη δική μου συγκατάθεση. Η Εταιρεία τηρεί τον Κώδικα Δεοντολογίας της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ) για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από ασφαλιστικές εταιρείες, ο οποίος θεσπίστηκε με βάση το άρθρο 40 του ΓΚΠΔ, όπως αυτός εκάστοτε θα ισχύει.

1. Ποιοι είναι οι σκοποί επεξεργασίας δεδομένων μου και πώς νομιμοποιείται η Εταιρεία

Οι σκοποί για τους οποίους γίνεται επεξεργασία δεδομένων μου, ορίζονται στον παρακάτω πίνακα με επεξήγηση των νόμιμων βάσεων που επιτρέπουν ανά σκοπό στην Εταιρεία τις αντίστοιχες επεξεργασίες:

Αρ.	Σκοπός	Νομική Βάση
α.	Διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης κατά τη διάρκεια ισχύος της.	Επεξεργασίες δεδομένων που έχουν κατά κανόνα ως νομική βάση την πραγματοποίηση ενεργειών κατ' αίτηση του ασφαλισμένου ή τη συμμόρφωση της Εταιρείας με νόμιμες υποχρεώσεις της.
β.	Διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των πελατών από την ποιότητα των υπηρεσιών/προϊόντων της Εταιρείας.	Έννομο συμφέρον της Εταιρείας να αναλύει τον βαθμό ικανοποίησης των πελατών της, με στόχο τη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών και ενδυνάμωση των σχέσεων της μαζί τους ή συμμόρφωση της Εταιρείας προς υποχρεώσεις της από το νόμο, όπως άρθρο 35 του ν. 4583/2018 (απαιτήσεις Εποπτείας Προϊόντων και Διακυβέρνησης).
γ.	Συμμόρφωση της Εταιρείας με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το εκάστοτε ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο (π.χ. αποστολή στοιχείων στο πλαίσιο εκτέλεσης εντολών δημόσιων αρχών και εκπλήρωση υποχρεώσεων αναφοράς που απορρέουν από το νόμο, όπως ο ν. 4493/2017 (FATCA), ο ν. 4428/2016, φορολογική νομοθεσία κ.α.).	Συμμόρφωση προς έννομες υποχρεώσεις.
δ.	Έλεγχος και διακανονισμός της αποζημίωσης σε περίπτωση επέλευσης του κινδύνου ή και η καταβολή του προβλεπόμενου από τους όρους της ασφαλιστικής σύμβασης ποσού (ασφαλίσματος).	Εκτέλεση ασφαλιστικής σύμβασης ή συμμόρφωση της Εταιρείας με νόμιμες υποχρεώσεις της ή τη θεμελίωση νομικών αξιώσεων της Εταιρείας. Σε περίπτωση επεξεργασίας δεδομένων ειδικών κατηγοριών (π.χ. δεδομένα υγείας) νομική βάση αποτελεί και η λήψη συγκατάθεσης από το υποκείμενο.
ε.	Εκπλήρωση των υποχρεώσεων της Εταιρείας όπως αυτές απορρέουν από την εκάστοτε εφαρμοστέα νομοθεσία για την πρόληψη & καταστολή της νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και της χρηματοδότησης της τρομοκρατίας, μέσω αυτοματοποιημένων διαδικασιών ελέγχου με βάση τους Καταλόγους Οικονομικών Κυρώσεων της Ε.Ε., του Ο.Η.Ε., των Η.Π.Α. της Γαλλίας και του Ηνωμένου Βασιλείου.	Συμμόρφωση προς έννομες υποχρεώσεις
στ.	Διεξαγωγή ερευνών που δύναται η Εταιρεία να πραγματοποιήσει (i) σε σχέση με άλλες, παρελθούσες ή μελλοντικές, αιτήσεις ασφάλισης ή αιτήσεις αποζημιώσεων στο πλαίσιο της περιστολής της ασφαλιστικής απάτης και (ii) για τη διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των πελατών από την ποιότητα των υπηρεσιών της Εταιρείας.	Έννομο συμφέρον της Εταιρείας να (i) περιορίζει φαινόμενα ασφαλιστικής απάτης εξαπάτησης προς όφελος της αριθμητικά υπέρτερης κοινωνίας των καλόπιστων ασφαλισμένων και σε τελική ανάλυση της ασφαλιστικής πίστης γενικά και να (ii) αναλύει το βαθμό ικανοποίησης των πελατών της. Σε περίπτωση επεξεργασίας δεδομένων ειδικών κατηγοριών (π.χ. δεδομένα υγείας) νομική βάση αποτελεί και η λήψη συγκατάθεσης από το υποκείμενο.

2. Πηγές συλλογής των δεδομένων μου

Η Εταιρεία αναζητεί και συλλέγει για την εκπλήρωση αποκλειστικά των σκοπών που ορίζονται στην παρ. 1 του παρόντος, προσωπικά μου δεδομένα

- που περιλαμβάνονται στην αίτηση ασφάλισης, στην αίτηση καταβολής αποζημίωσης ή ασφαλίσματος, στα συνοδευτικά αυτών έγγραφα και δικαιολογητικά ή άλλα παρεμφερά έντυπα, καθώς και όσα δεδομένα έχουν γνωστοποιηθεί ή θα γνωστοποιηθούν στο μέλλον από εμένα στην Εταιρεία είτε προφορικά είτε με οποιοδήποτε άλλο μέσο, έγγραφο ή ηλεκτρονικό,
- από τρίτα, συνεργαζόμενα ή μη με την Εταιρεία μέρη, όπως ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιατροί και πραγματογνώμονες.

3. Είδη δεδομένων προς επεξεργασία

Η επεξεργασία δεδομένων από την Εταιρεία περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες:

- α. **Δεδομένα Ταυτοποίησης:** π.χ. όνομα, επώνυμο, ημερομηνία γέννησης, αριθμό αστυνομικής ταυτότητας/διαβατηρίου, ΑΜΚΑ, ΑΦΜ.
- β. **Δεδομένα Επικοινωνίας:** π.χ. διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου/αλληλογραφίας, αριθμοί τηλεφώνου/φαξ.
- γ. **Δεδομένα Πληρωμής:** π.χ. τραπεζικοί λογαριασμοί, χρεωστικές/πιστωτικές και λοιπές τραπεζικές κάρτες.
- δ. **Δεδομένα Ασφάλισης & Διακανονισμού:** δεδομένα απαραίτητα για την εκτίμηση, έλεγχο, σύναψη και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, όπως είναι: (i) δεδομένα σε σχέση με την οικονομική/περιουσιακή κατάσταση, όπως επαγγελματική ιδιότητα, εκκαθαριστικό σημείωμα, αποδοχές, κατοχή επενδυτικών στοιχείων, επενδυτικοί στόχοι και άλλα σχετικά δεδομένα απαραίτητα για τη διαχείριση των απαιτήσεων από ασφάλιση και (ii) γενικά στοιχεία του φακέλου ζημίας που τηρεί η Εταιρεία.
- ε. **Δεδομένα Υγείας:** π.χ. ιατρικό ιστορικό, ιατρικές ή διαγνωστικές εξετάσεις και εν γένει κάθε πληροφορία που θα μπορούσε να αποτελέσει περιεχόμενο ενός ιατρικού φακέλου, τα οποία είναι απαραίτητα τόσο κατά τη διαδικασία ανάληψης του κινδύνου όσο και στο πλαίσιο της διαχείρισης απαιτήσεων από ασφάλιση.

4. Σε ποιους μπορεί η Εταιρεία να διαβιβάσει δεδομένα μου

Δεδομένα μπορεί να διαβιβαστούν:

- α. Σε άλλες (αντ)ασφαλιστικές εταιρείες έπειτα από υποβολή νόμιμου αιτήματος.
- β. Στη μητρική εταιρεία ή σε άλλη εταιρεία εντός Ε.Ε. που ανήκει στον ίδιο όμιλο στον οποίο υπάγεται η Εταιρεία. Η εν λόγω διαβίβαση δεν αφορά δεδομένα ειδικών κατηγοριών.
- γ. Σε δημόσιες/δικαστικές αρχές, στην εποπτική αρχή.
- δ. Σε συνεργαζόμενους με την εταιρεία παρόχους στο πλαίσιο της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης, όπως ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, παρόχους φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, υπηρεσιών βοήθειας, υπηρεσιών τηλεφωνικής εξυπηρέτησης πελατών, δικηγόρους, ερευνητές ή πραγματογνώμονες.
- ε. Στον συμβαλλόμενο της ασφαλιστικής σύμβασης, ο οποίος έλκει δικαιώματα από αυτή.

5. Για πόσο χρόνο μπορεί η Εταιρεία να διατηρεί δεδομένα μου

Η Εταιρεία θα συλλέγει, αποθηκεύει και εν γένει επεξεργάζεται δεδομένα μου για χρονικό διάστημα μέχρι 20 έτη από τη λήξη της ασφαλιστικής σύμβασης και μέχρι 5 έτη σε περίπτωση μη σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, εκτός εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας και μέχρι τη περαιώσή της με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

6. Ποια είναι τα δικαιώματά μου σε σχέση με τα προσωπικά μου δεδομένα που τηρεί η Εταιρεία

Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω ανά πάσα στιγμή την παρούσα συγκατάθεση, καθώς και για τις συνέπειες της ανάκλησής της. Ειδικότερα στην περίπτωση ανάκλησης της συγκατάθεσής μου ως προς τα δεδομένα ειδικών κατηγοριών, τα οποία είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης, η Εταιρεία έχει δικαίωμα να την καταγγείλει. Εάν η ανάκληση της συγκατάθεσης γίνει κατά το προσυμβατικό στάδιο, τότε η Εταιρεία έχει δικαίωμα να αρνηθεί τη σύναψη της σύμβασης, ενώ αν γίνει κατά το στάδιο της επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου (διαδικασία αποζημίωσης), η Εταιρεία δε θα προχωρήσει σε συλλογή των προσωπικών μου δεδομένων για την εκτίμηση της ζημίας που υπέστην και επομένως δε θα προβεί σε αποζημίωση. Η επεξεργασία δεδομένων που πραγματοποιήθηκε μέχρι τη στιγμή της ανάκλησης παραμένει σύννομη.

Περαιτέρω, ενημερώθηκα ότι έχω τα παρακάτω δικαιώματα, όπως αυτά ισχύουν υπό τις προϋποθέσεις, που ορίζονται στο Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ. /Ε.Ε. 679/2016) και στη σχετική ελληνική νομοθεσία, ως ισχύει, και συγκεκριμένα:

- Δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και τα οποία διαθέτει και επεξεργάζεται η Εταιρεία.
- Δικαίωμα διόρθωσης ανακριβών ή ανεπικαιρών δεδομένων, που με αφορούν, ή συμπλήρωσης ελλিপών δεδομένων.
- Δικαίωμα στη λήθη, αναφορικά με τα προσωπικά μου δεδομένα, εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επίδιωξη των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεγεί.
- Δικαίωμα περιορισμού της χρήσης δεδομένων, που με αφορούν, σε περίπτωση που αμφισβητείται η ακρίβειά τους.
- Δικαίωμα λήψης των δεδομένων, που έχω παράσχει, σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο.
- Δικαίωμα εναντίωσης στην επεξεργασία προσωπικών δεδομένων, που με αφορούν, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις του νόμου.

Η άσκηση των ως άνω δικαιωμάτων προϋποθέτει την υποβολή έγγραφης αίτησης στην Εταιρεία (αρμόδια Διεύθυνση Κανονιστικής Συμμόρφωσης και Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων).

Για οποιοδήποτε θέμα δύναμαι να απευθυνθώ εγγράφως στην αρμόδια Διεύθυνση/Υπεύθυνο για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της Εταιρείας είτε συμπληρώνοντας τη σχετική φόρμα επικοινωνίας που βρίσκεται στο σύνδεσμο: <https://www.generaligr/el/epikoipnwnia/>, είτε αποστέλλοντας e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση compliance.dataprotection@generaligr ή fax στο +30 210 726 8810, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμετζή 40, 11745 Αθήνα, υπόψη της αρμόδιας Διεύθυνσης.

Σε κάθε περίπτωση δικαιούμαι να απευθυνθώ στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είτε σε γραπτή μορφή (Κηφισιάς 1-3, Τ.Κ. 115-23) είτε ηλεκτρονικά (www.dpa.gr), προκειμένου να υποβάλλω καταγγελία σε περίπτωση παραβίασης των δικαιωμάτων μου ή εν γένει παραβίασης της νομοθεσίας περί προστασίας προσωπικών δεδομένων. Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερόμενων δικαιωμάτων, η Εταιρεία θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή του εντός 30 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή του, ή τους λόγους που εμποδίζουν την ικανοποίησή του.

7. Διαβίβαση στοιχείων σε τρίτη χώρα

Η Εταιρεία, στο πλαίσιο της συμμόρφωσής της με τους κανόνες της αυτόματης ανταλλαγής πληροφοριών στο φορολογικό τομέα, όπως αυτοί απορρέουν από διεθνείς υποχρεώσεις της χώρας κυρωθείσες με ελληνικό νόμο, ενδέχεται να προβεί σε διαβίβαση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, που αφορούν το συμβαλλόμενο/ασφαλισμένο και τα τυχόν εξαρτώμενα μέλη, στην αρμόδιες εθνικές αρχές προκειμένου να προωθηθούν στις αντίστοιχες αρχές τρίτων χωρών.

Επιπλέον, η Εταιρεία λόγω συμμετοχής σε ομιλικό σχήμα τρίτης χώρας ενδέχεται, λαμβάνοντας τις κατάλληλες εγγυήσεις, να προβεί σε διαβίβαση δεδομένων, που αφορούν το συμβαλλόμενο/ασφαλισμένο και τα τυχόν εξαρτώμενα μέλη, εκτός Ελλάδος ή και Ε.Ε.

8. Ενημέρωση σε περίπτωση αυτοματοποιημένης επεξεργασίας δεδομένων

Με την υποβολή της αίτησης ασφάλισης η Εταιρεία προβαίνει στη λήψη απόφασης σε σχέση με την ως άνω αίτηση, βάσει αυτοματοποιημένης επεξεργασίας δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα.

α. Η αυτοματοποιημένη επεξεργασία είναι αναγκαία για την εκτίμηση του ασφαλιστικού κινδύνου, ήτοι προκειμένου η Εταιρεία να προτείνει το πλέον πρόσφορο και κατάλληλο ασφαλιστικό προϊόν καθώς και το αυστηρά αναλογικό τίμημα για την ασφάλισή του (ασφάλιστρο).

Πιο αναλυτικά, η λογική της αυτοματοποιημένης επεξεργασίας στηρίζεται σε μαθηματικές ή στατιστικές αναλύσεις των σημαντικών από άποψη ασφαλιστικής τεχνικής παραμέτρων που έχουν υιοθετηθεί από την Εταιρεία και καθιστούν 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 έχω ο ίδιος παράσχει μέσω της αίτησης ασφάλισης καθώς και δεδομένα μου που μπορεί να συλλέγονται από τρίτες πηγές.

β. Με βάση την εν λόγω αυτοματοποιημένη επεξεργασία, είναι δυνατόν να προκύψει διαφοροποίηση στο ασφάλιστρο.

γ. Σε περίπτωση αμφισβήτησης της απόφασης που ελήφθη αποκλειστικά βάσει της αυτοματοποιημένης διαδικασίας, δικαιούμαι να ζητήσω τη μεταβολή του σχετικού αποτελέσματος.

Δικαιούμαι, επίσης να διατυπώνω την άποψή μου επί απόφασης που ελήφθη βάσει της ως άνω διαδικασίας, να ενημερώνομαι για την αιτιολογία αυτής και να αμφισβητώ το περιεχόμενό της. Για την άσκηση όλων των προαναφερόμενων δικαιωμάτων μου, απευθύνομαι στο αρμόδιο Τμήμα / Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (αποστέλλοντας σχετικό αίτημα στο email: compliance.dataprotection@generali.gr 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). Η Εταιρεία λαμβάνει όλα τα μέτρα που απαιτούνται δυνάμει του Γενικού Κανονισμού κατά τη λήψη απόφασης βάσει αυτοματοποιημένης επεξεργασίας, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ, τα μέτρα δε αυτά αφορούν ειδικότερα την εξασφάλιση ανθρώπινης παρέμβασης, ως ανωτέρω, τη χρήση κατάλληλων στατιστικών ή μαθηματικών διαδικασιών και την εφαρμογή τεχνικών και οργανωτικών μέτρων προκειμένου για τη διόρθωση παραγόντων που οδηγούν σε ανακρίβειες ως και την ελαχιστοποίηση του κινδύνου σφαλμάτων κατά την εκπονούμενη επεξεργασία.

Η Εταιρεία, τέλος, ενδέχεται να κάνει χρήση αυτοματοποιημένων διαδικασιών κατά τη διάρκεια ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης 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.

9. Επεξεργασία δεδομένων παιδιών

Ενημερώθηκα ότι για ανήλικους κάτω των 15 ετών ή άλλου εκ του νόμου ηλικιακού ορίου οι οποίοι συμμετέχουν στην ασφάλιση με την ιδιότητα του ασφαλισμένου ή και δικαιούχου, η επεξεργασία είναι σύννομη μόνο εάν η συγκατάθεση παρέχεται ή εγκρίνεται από το πρόσωπο που έχει τη γονική μέριμνα του ανηλίκου.

Ενημερώθηκα επίσης ότι ο ανήλικος θα πρέπει να δώσει αυτοπροσώπως τη συγκατάθεσή του όταν συμπληρώσει το 15ο έτος της ηλικίας του ή την εκάστοτε εκ του νόμου προβλεπόμενη ηλικία.

Ο Αιτών

Έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο και Συναίνώ ΔΕΝ Συναίνώ

Ονοματεπώνυμο***

Υπογραφή***

Ημερομηνία***

Σημείωση:

Η συμπλήρωση όλων των παραπάνω πεδίων με (***) είναι σε κάθε περίπτωση υποχρεωτική.

Εάν ο ασφαλισμένος είναι κάτω των 18 ετών, το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρώνεται και να υπογράφεται από τον γονέα ή νόμιμο κηδεμόνα.

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

generali.gr