



ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΟΜΑΔΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ALPHA BANK

1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο ασφαλισμένου:	<input type="text"/>
Ημερομηνία γέννησης:	<input type="text"/>
Α.Φ.Μ.:	<input type="text"/>
Τηλέφωνο επικοινωνίας:	<input type="text"/>
Εν ενεργεία υπάλληλος (αν ναι, συμπληρώστε κατάσταση / υπηρεσία):	<input type="text"/>
Συνταξιούχος (αν ναι, συμπληρώστε δ/νση κατοικίας):	<input type="text"/>
Αριθμός ατομικού ασφαλιστηρίου Ζωής/Υγείας: (εάν υπάρχει)	<input type="text"/>

2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ** (αν αφορά η αποζημίωση)

Όνοματεπώνυμο εξαρτώμενου μέλους :	<input type="text"/>
Ημερομηνία γέννησης εξαρτώμενου μέλους :	<input type="text"/>
Υπογραφή *:	<input type="text"/>
Ημερομηνία:	<input type="text"/>

Σημείωση: Η συμπλήρωση όλων των παραπάνω πεδίων είναι υποχρεωτική.

(*) Σε περίπτωση όπου ο ασφαλισμένος είναι κάτω των 18 ετών, η αίτηση υπογράφεται από τον κηδεμόνα/κυρίως ασφαλισμένο.

3 ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΡΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗ

Πλήθος παραστατικών	<input type="text"/>
Συνολικό ποσό προς αποζημίωση	<input type="text"/> €
Αίτια εισαγωγής στο νοσοκομείο	<input type="text"/>
Ημερομηνία εισαγωγής	<input type="text"/>
Ημερομηνία εξαγωγής	<input type="text"/>

Σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 7 και 9 του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ. /Ε.Ε. 679/2016 και της σχετικής ελληνικής νομοθεσίας ως ισχύει), αποδέχομαι τη συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση προσωπικών μου δεδομένων για την εξυπηρέτηση των σκοπών, όπως ορίζονται πιο κάτω από την Εταιρεία ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε. που εδρεύει στο Δήμο Αθηναίων (οδός Μιχαλακοπούλου, αρ. 48) με ΑΦΜ 094005265.

1. Σκοποί

Οι σκοποί για τους οποίους γίνεται επεξεργασία δεδομένων μου, συνίστανται στους εξής:

- α. στην εκτίμηση του κινδύνου στο πλαίσιο της σύναψης της αιτούμενης από εμένα ασφαλιστικής σύμβασης, του καθορισμού των γενικών και ειδικών όρων αυτής καθώς και του ανάλογου ασφαλιστρού,
- β. στη διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης καθ' όλη τη διάρκεια ισχύος ή και μετά τη λήξη αυτής, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου ή και της καταβολής του προβλεπόμενου στους όρους της σύμβασης ποσού (ασφαλισματος),
- γ. στη συμμόρφωση της Εταιρείας με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το εκάστοτε ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο και στην αποφυγή και καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης.

2. Πηγή πληροφόρησης

- α. Η Εταιρεία συλλέγει προσωπικά μου δεδομένα που περιλαμβάνονται στην αίτηση ασφάλισής μου, στα συνοδευτικά αυτής έγγραφα και δικαιολογητικά, καθώς και οποιαδήποτε άλλα δεδομένα τα οποία ο ίδιος έχω γνωστοποιήσει ή θα γνωστοποιήσω στην Εταιρεία στο μέλλον είτε προφορικά είτε με οποιοδήποτε άλλο μέσο, έγγραφο ή ηλεκτρονικό, μέσω των υπαλλήλων της ή των συνεργαζόμενων μαζί της ασφαλιστικών διαμεσολαβητών.
- β. Επίσης, η Εταιρεία ζητά και συλλέγει για την εκπλήρωση αποκλειστικά των σκοπών που ορίζονται στην παρ. 1 του παρόντος, δεδομένα μου από τρίτα, συνεργαζόμενα ή μη με την Εταιρεία, μέλη.

3. Είδη δεδομένων προς επεξεργασία

Η επεξεργασία δεδομένων μου 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 δεδομένα απαραίτητα για τη σύναψη και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, (π.χ. σε σχέση με την οικονομική/περιοριστική κατάσταση, επενδυτικούς/ αποταμιευτικούς στόχους, δεδομένα υγείας, δεδομένα για οδηγική συμπεριφορά).
- ε. Δεδομένα Διακανονισμού δεδομένα απαραίτητα για τη διαχείριση των απαιτήσεων από ασφάλιση που εμπεριέχονται στην αίτηση καταβολής αποζημίωσης/ εξαγοράς/ καταβολής ασφαλισματος ή σε συνοδευτικά αυτής έγγραφα/ δικαιολογητικά ή σχετίζονται με αυτήν.

4. Αποδέκτες

Δεδομένα μου μπορεί να διαβιβαστούν:

- α. σε άλλες (αν)ασφαλιστικές εταιρίες 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,
- δ. στην Υπηρεσία Στατιστικής των Ασφαλιστικών Εταιριών (αρχείο Υ.Σ.Α.Ε.) της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος,
- ε. σε συνεργαζόμενους με την Εταιρεία παρόχους στο πλαίσιο της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης, όπως ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, παρόχους υπηρεσιών υγείας, φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, υπηρεσιών βοήθειας, υπηρεσιών τηλεφωνικής εξυπηρέτησης πελατών, δικηγόρους, ερευνητές ή πραγματογνώμονες,
- ζ. στον συμβαλλόμενο της ασφαλιστικής σύμβασης, ο οποίος έλκει δικαιώματα από αυτή.

5. Χρόνος επεξεργασίας

Η Εταιρεία θα συλλέγει, αποθηκεύει και εν γένει επεξεργάζεται δεδομένα μου με οποιονδήποτε τρόπο:

- (α) για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την εκτέλεση του συμβολαίου και της άσκησης των εκατέρωθεν αξιώσεων που απορρέουν από αυτό, καθώς και της συμμόρφωσης της Εταιρείας με νομοθετικές και κανονιστικές απαιτήσεις, και
- (β) μέχρι πέντε (5) έτη σε περίπτωση μη σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης εκτός εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας και μέχρι την περαίωσή της με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

6. Δικαιώματα υποκειμένου δεδομένων

Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω ανά πάσα στιγμή την παρούσα συγκατάθεσή μου, καθώς και για τις συνέπειες της τυχόν ανάκλησης. Ειδικότερα ενημερώθηκα ότι στην περίπτωση που ανακαλείται η συγκατάθεση ως προς δεδομένα, η επεξεργασία των οποίων είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης, η Εταιρεία έχει το δικαίωμα να καταγγείλει τη σύμβαση. Εάν η ανάκληση της συγκατάθεσης γίνει κατά το προσυμβατικό στάδιο, τότε η Εταιρεία έχει το δικαίωμα να αρνηθεί τη σύναψη της σύμβασης. Στην περίπτωση που η ανάκληση ή άρνηση παροχής συγκατάθεσης 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 περίπτωσης μου και επομένως δε θα προβεί σε αποζημίωση. Η επεξεργασία δεδομένων μου που πραγματοποιήθηκε μέχρι τη στιγμή της ανάκλησης παραμένει σύννομη και τα δεδομένα αυτά θα διαγραφούν κατά τα οριζόμενα στην πιο πάνω παρ. 5 «Χρόνος Επεξεργασίας».

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

- Δικαιούμαι να έχω πρόσβαση στα προσωπικά μου δεδομένα που διαθέτει και επεξεργάζεται η Εταιρεία.
- Δικαιούμαι να ζητήσω τη διόρθωση ανακριβών ή ανεπίκαιρων δεδομένων που με αφορούν ή τη συμπλήρωση ελλιπών δεδομένων μου.
- Δικαιούμαι να ζητώ τη διαγραφή δεδομένων μου από τα αρχεία της Εταιρείας εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επιδίωξη των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεγεί.
- Δικαιούμαι να ζητώ τον περιορισμό της χρήσης δεδομένων μου σε περίπτωση που αμφισβητώ την ακρίβειά τους.
- Δικαιούμαι να λαμβάνω τα δεδομένα που έχω ο ίδιος παράσχει σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο.

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

Για οποιοδήποτε θέμα μπορώ 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.axa.gr/el/epikoinonia/contact/>, είτε αποστέλλοντας e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση compliance.dataprotection@axa.gr ή fax στο +30 210 726 8810, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Μιχαλακοπούλου 48, 115 28 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 υποβάλλετε καταγγελία σε περίπτωση παραβίασης των δικαιωμάτων σας 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 τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή του, ή τους λόγους που εμποδίζουν την άσκηση.

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 προσωπικών μου δεδομένων 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 μου εκτός Ελλάδος ή και Ε.Ε.

8. Ενημέρωση σε περίπτωση αυτοματοποιημένης επεξεργασίας δεδομένων

Με τη συμπλήρωση της αίτησης ασφάλισης και με βάση τα δεδομένα που με τη θέλησή μου δηλώνω σε αυτήν, η Εταιρεία δύναται να διενεργεί πράξεις επεξεργασίας δεδομένων μου με την υποστήριξη αυτοματοποιημένων διαδικασιών με σκοπό την εκτίμηση του προφίλ κινδύνου ή/ και του επενδυτικού μου προφίλ μου και τη λήψη εκ μέρους της Εταιρείας απόφασης επί της αιτούμενης ασφάλισης. Ειδικότερα:

- (α) Οι ως άνω αυτοματοποιημένες διαδικασίες επιτρέπουν στην Εταιρεία την εκτίμηση του υπό ανάληψη κινδύνου προκειμένου να καθορίσει
 - (i) εάν η αίτησή μου να ασφαλιστώ είναι αποδεκτή ή απορρίπτεται,
 - (ii) σε περίπτωση αποδοχής, το κατάλληλο και αναλογικό ύψος του ασφαλιστρού και τους τυχόν ειδικούς όρους υπό τους οποίους μπορεί να συναφθεί το επιθυμούμενο από εμένα πρόγραμμα.
- (β) Οι αυτοματοποιημένες διαδικασίες που εφαρμόζει η Εταιρεία βασίζονται σε μαθηματικές/ στατιστικές αναλύσεις των παραμέτρων εκείνων που καθιστούν δυνατή την αντικειμενική αξιολόγηση του κινδύνου και την ένταξή του σε ομοιογενή ομάδα κινδύνων με βάση τη συχνότητα και την ένταση των ζημιών που ενδέχεται να επιφέρει καθώς και την ορθή τιμολόγησή του.
- (γ) Σε περίπτωση απόρριψής της αίτησής μου, δικαιούμαι να εναντιωθώ στο αποτέλεσμα, ζητώντας να γίνει έλεγχός του από την Εταιρεία (αποστέλλοντας σχετικό αίτημα στο email: compliance.dataprotection@axa.gr ή fax στο +30 210 726 8810, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Μιχαλακοπούλου 48, 115 28 Αθήνα, υπόψη της αρμόδιας Διεύθυνσης/ Υπεύθυνου για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της Εταιρείας). Μπορώ επίσης να επικοινωνώ με την Εταιρεία για την παροχή διευκρινίσεων/επεξηγήσεων ή και για τη διατύπωση της άποψής μου επί του αποτελέσματος.

Περαιτέρω, η Εταιρεία ενδέχεται να κάνει χρήση αυτοματοποιημένων διαδικασιών κατά τη διάρκεια ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης προκειμένου να διενεργεί ελέγχους για σκοπούς ζεπλύματος χρήματος, αποτροπής της απάτης και συμμόρφωσης της Εταιρείας με την νομοθεσία για την αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών σχετικών με χρηματοοικονομικούς λογαριασμούς και την εν γένει νομοθεσία.

9. Επεξεργασία δεδομένων για σκοπούς marketing

Η Εταιρεία θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Εταιρείας.

Για την επίτευξη του ως άνω σκοπού ενδέχεται να διαβιβαστούν δεδομένα μου σε συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών.

Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας ενημερώθηκα για το δικαίωμά μου να εναντιωθώ ανά πάσα στιγμή σε αυτήν μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην αρμόδια Διεύθυνση/ Υπεύθυνο για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της εταιρείας με τον τρόπο που περιγράφεται στην πιο πάνω παρ. 6 «Δικαιώματα υποκειμένου δεδομένων».

Έχω ενημερωθεί για την πιο πάνω επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων, καθώς και για την περίπτωση αυτοματοποιημένης επεξεργασίας δεδομένων από την Εταιρεία και συναίνω σε αυτές, όπως ειδικά ορίζονται στο παρόν έγγραφο.

Κυρίως ασφαλισμένος

Συμπληρωματικά των πιο πάνω, ενημερώθηκα ρητώς, και συναινώ ή δεν συναινώ στην επεξεργασία δεδομένων μοιζγια σκοπού marketing

Όνοματεπώνυμο _____

Υπογραφή _____

Ημερομηνία _____

Εξαρτώμενο μέλος*

Συμπληρωματικά των πιο πάνω, ενημερώθηκα ρητώς, και συναινώ δεν συναινώ στην επεξεργασία δεδομένων μου για σκοπούς marketing

Όνοματεπώνυμο _____

Υπογραφή _____

Ημερομηνία _____

(Το σημείο αυτό συμπληρώνεται και υπογράφεται από άτομα άνω των 18 ετών, σε διαφορετική περίπτωση από τον έχοντα την επιμέλεια αυτών)

ΥΠΟΓΡΑΦΕΤΑΙ μόνον στην περίπτωση που ο κυρίως ασφαλισμένος είναι ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ

Με ατομική μου ευθύνη και γνώση των εκ του άρθρου 22, παρ. 6 του Ν. 1599/1986 κυρώσεων, δηλώνω και βεβαιώνω ότι:

A) τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθή,

B) ο δηλών ή/και το εξαρτώμενο μέλος:

i) δεν απασχολούμασθε σε άλλον εργοδότη και

ii) δεν έχουμε ατομική επιχείρηση

Υπογραφή.....

Σημείωση:

Τα δικαιολογητικά αποστέλλονται με φυσική αλληλογραφία στη διεύθυνση:

ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Τμήμα Αποζημιώσεων Ζωής & Υγείας / Αποζημιώσεις Ομαδικών Συμβολαίων Ζωής & Υγείας

Μιχαλακοπούλου 48

ΤΚ 11528

Αθήνα