

Προς την:

ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
ΚΕΝΤΡΙΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ: ΛΕΩΦ. ΣΥΓΓΡΟΥ 124, 176 80 ΚΑΛΛΙΘΕΑ

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΥΠ' ΑΡΙΘΜΟ 2002717 ΟΜΑΔΙΚΟ  
ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΜΕ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ  
«INFOTRUST ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΣΙΤΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ»**

**Ο υπογράφων/Η υπογράφουσα**

Όνοματεπώνυμο	Όνομα πατέρα	Ημερ. γέννησης
Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.	
Ταχυδρομική Διεύθυνση (οδός, αριθμός, περιοχή, Τ.Κ.)		
Κινητό - τηλ. κατοικίας	e-mail	

Δηλώνω ότι:

1.  **ΕΠΙΘΥΜΩ**  **ΔΕΝ ΕΠΙΘΥΜΩ** (διαγράφεται ένα εκ των δύο)  
την ένταξή μου στην ασφάλιση του παραπάνω Ομαδικού Ασφαλιστηρίου συμμετέχοντας στο κόστος της ασφάλισης όπως παρακάτω ορίζεται.

2.  **ΕΠΙΘΥΜΩ**  **ΔΕΝ ΕΠΙΘΥΜΩ** (διαγράφεται ένα εκ των δύο)  
την ένταξη των εξαρτωμένων (\*) μελών της οικογενείας μου στην ασφάλιση της παροχής «ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΥΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ» συμμετέχοντας στο κόστος της ασφάλισης όπως παρακάτω ορίζεται.

**ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ**

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΦΥΛΟ
ΣΥΖΥΓΟΣ				
ΤΕΚΝΟ				
ΤΕΚΝΟ				
ΤΕΚΝΟ				
ΤΕΚΝΟ				

Επίσης, με την αίτηση αυτή, εξουσιοδοτώ τον Συμβαλλόμενο με την Εταιρία σας να εισπράττει το ποσό του ασφαλιστρού που μου αναλογεί και να το αποδίδει στην Εταιρία σας όπως παρακάτω ορίζεται.

(\*) Ως εξαρτώμενα μέλη οικογενείας του ασφαλιζόμενου, νοούνται ο/η νόμιμος σύζυγος του ηλικίας μικρότερης των εβδομήντα (70) ετών και τα συνοικούντα, οικονομικώς εξαρτώμενα απ' αυτόν και μη έχοντα εισοδήματα από ίδια επαγγελματική απασχόληση άγαμα παιδιά του ηλικίας μεγαλύτερης των τριάντα (30) ημερών και μικρότερης των είκοσι πέντε (25) ετών.

**Μικτό(\*\*) Ετήσιο ασφαλιστρο:**

	ΕΥΡΩ
• Για τον κυρίως ασφαλιζόμενο	371,04.-
• Για ένα (1) εξαρτώμενο μέλος οικογενείας του ασφαλιζόμενου	370,56.-
• Για δύο (2) ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη οικογενείας του ασφαλιζόμενου	741,12.-

(\*\*) Συμπεριλαμβάνονται οι νόμιμες επιβαρύνσεις : α) Φόρος Ασφαλιστρών (15%για όλες τις Παροχές εκτός της Παροχής «Ασφάλεια Ζωής») και β) υποχρεωτική τακτική Εισφορά υπέρ του «Εγγυητικού Κεφαλαίου Ιδιωτικής Ασφάλισης Ζωής».

(Τόπος – Ημερομηνία)

(Υπογραφή ασφαλιζόμενου)

(Υπογραφή και σφραγίδα Συμβαλλομένου)

## ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟ ΥΠ' ΑΡΙΘΜΟ 2002717 ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΜΕ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ  
«INFOTRUST ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΣΙΤΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ»

### Ιατρικό Ιστορικό του Ασφαλιζομένου ή/ και των εξαρτωμένων μελών οικογενείας του

#### ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ

Κάθε ερώτηση πρέπει να απαντάται γραπτώς, αναφέροντας το όνομα αυτών που αφορά η καταφατική απάντηση και περιγράφοντας με αυτοτέλεια και ακρίβεια την πάθηση, το μήνα, το έτος, τη νοσηλεία και τη σημερινή του κατάσταση. Σημειώστε με Χ στα αντίστοιχα των απαντήσεων τετραγωνίδια.

Ο υπογράφων / Η υπογράφουσα

Όνοματεπώνυμο Όνομα Πατρός Ημερομηνία γέννησης

(Επάγγελμα)

Πελάτης της ανωτέρω εταιρίας δηλώνω τα ακόλουθα :

Ποιο είναι το ύψος και το βάρος σας;

	Ύψος(cm)	Βάρος(Kg)	Μεταβολή βάρους κατά το τελευταίο έτος (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Αιτία
Ασφαλιζόμενος				
Ο/Η σύζυγος				
Παιδί				
Παιδί				

Έχετε ή είχατε ποτέ παθήσεις ή ενοχλήσεις:

- |  | ΝΑΙ                      | ΟΧΙ                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. <b>καρδιάς, εγκεφάλου, αρτηριών και φλεβών;</b> π.χ. στεφανιαία νόσο, συγγενή καρδιοπάθεια, φύσημα, αρρυθμίες, υπέρταση, κίρσους, κλπ   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. <b>του αναπνευστικού συστήματος;</b> π.χ. άσθμα, βρογχίτιδα, φυματίωση, σύνδρομο υπνικής άπνοιας κλπ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. <b>του πεπτικού συστήματος;</b> π.χ. παθήσεις στομάχου, δωδεκαδάκτυλου, εντέρων, χολής, ήπατος, παγκρέατος κλπ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. <b>του ουροποιογεννητικού συστήματος;</b> π.χ. κωλικός νεφρού, ουρολοίμωξη, παθήσεις προστάτη, νεφρική ανεπάρκεια κλπ   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. <b>νευρικού συστήματος, ή ψυχιατρικές παθήσεις;</b> π.χ. ημικρανίες, ιλιγγους, επιληψία, σκλήρυνση κατά πλάκας, κατάθλιψη κλπ   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. <b>του μυοσκελετικού συστήματος;</b> π.χ. δισκοπάθεια, παθήσεις ή κακώσεις αρθρώσεων, κατάγματα, ρευματικές παθήσεις κλπ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. <b>του δέρματος, του μεταβολισμού;</b> π.χ. ψωρίαση, υπερχοληστεριναίμια, σακχαρώδη διαβήτη, θυρεοειδοπάθειες κλπ   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. <b>των ματιών, των αυτιών, της μύτης, του λαιμού;</b> π.χ μυωπία- πόσους βαθμούς, καταρράκτη, διπλωπία, ελάττωση ακοής, βρόγχο φωνής κλπ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. <b>του αίματος και αιμοποιητικών οργάνων, των λεμφαδένων;</b> π.χ αναιμίες, παθήσεις σπλήνα, φλεγμονή λεμφαδένων κλπ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. <b>νεοπλασμάτα ή καρκίνο οποιασδήποτε μορφής;</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. <b>γυναικολογικές παθήσεις;</b> π.χ ινομυώματα, κύστες ωοθηκών, ενδομητρίωση, ινοκυστική νόσο μαστών κλπ   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. <b>Είστε έγκυος; Αν ναι σε ποιόν μήνα;</b> _____   |                          |                          |
| 13. <b>Έχει συμβεί κατά το παρελθόν ή σας έχει συσταθεί:</b> να νοσηλευτείτε σε νοσοκομείο, να υποβληθείτε σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση εντός ή εκτός νοσοκομείου, να υποβληθείτε σε οποιαδήποτε φαρμακευτική ή άλλη θεραπευτική αγωγή, να υποβληθείτε σε οποιαδήποτε εξέταση προληπτικά ή εξαιτίας οποιοδήποτε ενοχλήματος από την οποία διαπιστώθηκαν ευρήματα οποιασδήποτε φύσης και μορφής που απαιτούσαν ή απαιτούν ιατρική συμβουλή ή θεραπεία; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. <b>Είστε καπνιστής; Πίνετε αλκοολούχα ποτά; Αν ναι, διευκρινίστε μας τι ποσότητα την ημέρα και επί πόσο χρονικό διάστημα; Έχετε κάνει ή κάνετε χρήση ναρκωτικών, αναβολικών ή άλλων παραισθησιογόνων ουσιών;</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. <b>Έχετε περάσει ή πάσχετε από άλλη πάθηση ή έχετε ενοχλήματα σχετικά με περιπτώσεις που δεν αναφέρονται παραπάνω;</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. <b>Στην οικογένειά σας (πατέρας-μητέρα-αδέρφια)</b> είχατε περιπτώσεις διαβήτη, παθήσεων καρδιάς ή νεφρών, υπέρτασης, εγκεφαλικού, διανοητικών ή ψυχιατρικών διαταραχών?<br>Αν ναι, παρακαλούμε να σημειώσετε την μορφή συγγένειας και αν γνωρίζετε την πάθηση, σε ποια ηλικία διαγνώθηκε και ποια είναι η σημερινή κατάσταση της υγείας τους;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Συνέχεια στην επόμενη σελίδα**

**Σε περίπτωση οποιασδήποτε καταφατικής απάντησης, αναφέρατε λεπτομερώς ποιο συγκεκριμένο πρόβλημα υπάρχει και ποια η σημερινή κατάσταση της υγείας.**

ΑΡ. ΕΡΩΤΗΣΗΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

**ΑΛΛΕΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

- Ποιος είναι ο φορέας της Κύριας Ασφάλισης;
- Υπάρχει βιβλιάριο υγείας;
- Έχετε συνάψει ασφάλιση με τη δική μας εταιρία ή με άλλη εταιρία ή έχετε υποβάλει αίτηση σε άλλη ή στη δική μας εταιρία που εκκρεμεί;
- Υπηρετεί ο/η σύζυγός σας στις ένοπλες δυνάμεις ή στα σώματα ασφαλείας;
- Έχετε απαλλαγεί ή έχετε πάρει αναβολή από τη στρατιωτική σας θητεία για λόγους υγείας και ποίους;
- Είστε ασφαλισμένος εσείς ή τα εξαρτώμενα μέλη, με οποιοδήποτε νοσοκομειακή κάλυψη της Interamerican; Άν ΝΑΙ σε ποιά;

ΝΑΙ	ΟΧΙ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Επεξηγήστε τις καταφατικές απαντήσεις όλων των παραπάνω ερωτήσεων.

---



---



---

Αφού διάβασα με προσοχή όλες τις παραπάνω δηλώσεις μου, βεβαιώνω ότι αυτές είναι πλήρεις και αληθινές και δέχομαι να ασφαλιστώ / ασφαλιστούν εγώ / και / τα προαναφερόμενα εξαρτώμενα πρόσωπα οικογενείας μου με βάση αυτές, σύμφωνα με τους όρους του ανωτέρω Ομαδικού Ασφαλιστηρίου που έχει συνάψει ο Συμβαλλόμενος με την Εταιρία σας. Επίσης δέχομαι ότι η ασφάλισή μου θα ισχύσει υπό την προϋπόθεση ότι η κατάσταση της υγείας καθώς και οι υπόλοιπες συνθήκες που επηρεάζουν την ασφαλισιμότητα του προσώπου ή των προσώπων που αφορά η ασφάλιση, θα παραμένουν μέχρι την έκδοση και είσπραξη των αντίστοιχων ασφαλιστρών όπως έχουν δηλωθεί στο έγγραφο αυτό. Επίσης δηλώνω ότι μου επιστήθηκε η προσοχή ότι γεγονότα, όπως τυχόν περιστατικά υγείας ή οποιαδήποτε δήλωση προς την Εταιρία που αφορούν τα με την παρούσα αίτηση προτεινόμενα προς ασφάλιση άτομα, τα οποία (γεγονότα) περιήλθαν σε γνώση της εξαιτίας ή με την ευκαιρία άλλου ασφαλιστηρίου αιτηθέντος από αυτή, πρέπει να δηλωθούν στην παρούσα αίτηση διότι θεωρούνται κατά αμάχητο τεκμήριο άγνωστα σε αυτή, για το λόγο δε αυτό και βεβαιώνω ότι τα δήλωσα. Συμφωνώ δε ότι η παραλαβή της αίτησης για την ένταξή μου στην ασφάλιση και η είσπραξη οποιουδήποτε ποσού σχετικά με αυτή δεν συνεπάγεται, σε καμία περίπτωση, αποδοχή της αίτησης, η οποία θα γίνει μόνο με την έκδοση από την Εταιρία σας του πιστοποιητικού ομαδικής ασφάλισης. Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση για τα κατωτέρω, τα οποία και αποδέχομαι :

- Η ασφαλιστική εταιρία τηρεί και επεξεργάζεται Αρχείο με προσωπικά δεδομένα των Ασφαλισμένων της, στα οποία περιλαμβάνονται και ευαίσθητα δεδομένα που αφορούν κυρίως την υγεία, με σκοπό την ομαλή λειτουργία και εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης.

- Αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων των Ασφαλισμένων δύνανται να είναι τα διαμεσολαβούντα για τη σύναψη της Σύμβασης Ασφάλισης πρόσωπα, Νοσηλευτικά Ιδρύματα, Ιατροί, Δημόσιες Αρχές βάσει επιταγών του Νόμου ή Δικαστικών Αποφάσεων, ο Συμβαλλόμενος κ.λπ.
  - Ο Ασφαλισμένος έχει το δικαίωμα να λαμβάνει, κατόπιν γραπτού αιτήματός του και έναντι του ποσού που θα καθορίσει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, τα στοιχεία που τον αφορούν προσωπικά ή και να προβάλλει τυχόν εύλογες αντιρρήσεις, σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στα άρθρα 12 και 13 του Νόμου 2472/1997, και πάντως μέσα στα πλαίσια της Ασφαλιστικής Σύμβασης.
  - Η ασφαλιστική εταιρία έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιεί τα προσωπικά δεδομένα του κάθε Ασφαλισμένου της, πλην των ευαίσθητων, για προωθητικές ενέργειες, δικές της ή τρίτων, ο Ασφαλισμένος όμως μπορεί να καταργήσει οποτεδήποτε το ως άνω δικαίωμα της ασφαλιστικής εταιρίας με γραπτή δήλωση του προς αυτή.
- Περαιτέρω εξουσιοδοτώ με την παρούσα κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο, που περιέθαλπε ή θα περιθάλπει ιατρικώς εμένα ή κάποιο από τα προαναφερόμενα πρόσωπα, να δίνει, με την επίδειξη του πρωτοτύπου ή απλού φωτοτυπικού αντιγράφου αυτής, στην ανωτέρω ασφαλιστική εταιρία κάθε πληροφορία που αφορά την υγεία μου ή την υγεία των προαναφερομένων προσώπων, την οποία αυτή θα ζητήσει σχετικά με την παρούσα αίτηση ή με οποιοδήποτε ασφαλιστήριο που εκδόθηκε με άλλη αίτηση ή τυχόν θα εκδοθεί με βάση την παρούσα.

**(Τόπος – Ημερομηνία)**

**(Υπογραφή ασφαλιζομένου ή νομίμου εκπροσώπου  
προκειμένου για ανήλικα παιδιά)**

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

από τις εταιρίες

«**INTERAMERIKAN ELLHNIKH ASΦALISTIKH ETAIPRIA ZΩΗΣ A.E.**» &«**INTERAMERIKAN ELLHNIKH ETAIPRIA ASΦALISZEΩN ZHMION A.E.**»

που έχουν την ευθύνη και εκτελούν την επεξεργασία

&amp;

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ που είναι υποκείμενα των δεδομένων****σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Δεδομένων Ε.Ε. 2016/679****I. Γιατί θα επεξεργαστείτε τα Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα (ΔΠΧ)<sup>1</sup> και τα Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα (ΕΚΔΠΧ)<sup>2</sup> μου;**

- Για να ενταχθείτε στο **Ομαδικό Ασφαλιστήριο Πρόγραμμα** που έχει συνάψει μαζί μας ο Συμβαλλόμενος/Εργοδότης σας, με σκοπό τη μεταφορά του κινδύνου που αυτός έχει επιλέξει σε εμάς ως Ασφαλιστών (Ασφαλιστική Εταιρία) είναι απαραίτητο να μας δοθούν είτε απευθείας από τον Εργοδότη σας, είτε από εσάς, τουλάχιστον τα εξής δεδομένα: στοιχεία της ταυτότητάς σας, στοιχεία επικοινωνίας σας, ιατρικό ιστορικό (σημ. στις περιπτώσεις που αυτό απαιτείται), στοιχεία που αφορούν τη θέση που διατηρείτε στην εταιρία που εργάζεστε, τις μηνιαίες απολαβές σας, στοιχεία του τραπεζικού σας λογαριασμού (IBAN), φορέα κοινωνικής ασφάλισης κ.λπ.
- Εμείς, βάσει των πληροφοριών/δεδομένων αυτών, θα εξετάσουμε αν και με ποιόν τρόπο θα αποδεχτούμε τον κίνδυνο που μας ζητάτε να αναλάβουμε (π.χ. ζωής, υγείας, ατυχήματος,) εντάσσοντάς τόσο εσάς, όσο και τα τυχόν δικά σας εξαρτημένα πρόσωπα (που επίσης μας δηλώνετε) σε μια ομοιογενή κατηγορία κινδύνων.
- Τα στοιχεία αυτά είναι αντικειμενικά ουσιώδη για την αξιολόγηση του ασφαλιστικού κινδύνου και για την εκπλήρωση του σκοπού και τη λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης. Η σωστή και ολοκληρωμένη πληροφόρηση για τα στοιχεία που σας ρωτάμε και στα οποία βασιζόμαστε απόλυτα, αποτελεί υποχρέωσή σας από τον ασφαλιστικό νόμο (Ν. 2496/1997) προκειμένου να μπορέσουμε να σας εντάξουμε στην κατάλληλη ομάδα κινδύνου και να υπολογίσουμε σωστά το ασφάλιστρο που υποχρεούστε ο Εργοδότης ή/και εσείς να πληρώνετε τόσο για τη δική σας κάλυψη, όσο και για την κάλυψη τυχόν εξαρτημένων προσώπων.
- Είναι πιθανό ανακριβής ή ελλιπής πληροφόρηση για τα στοιχεία που σας έχουμε ζητήσει να θεμελιώσει δικαίωμά μας να ζητήσουμε ακόμα και την ακύρωση ή καταγγελία της κάλυψής σας με βάση το Ομαδικό Ασφαλιστήριο, οποιαδήποτε χρονική στιγμή.
- Για όσο χρόνο θα παραμένει σε ισχύ το Ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο, **θα επεξεργαζόμαστε** τόσο τα δικά σας δεδομένα, όσο και αυτά των τυχόν εξαρτημένων από εσάς προσώπων, τα οποία είναι απαραίτητα για τη λειτουργία της κάλυψής σας από το Ομαδικό ασφαλιστήριο, με βάση τη **ρητή συγκατάθεση** που εσείς μας χορηγείτε, μέσω του εντύπου συγκατάθεσης που ακολουθεί.

**II. Σε τι είδους επεξεργασία των δεδομένων μου θα προβείτε;**

- Αφού λάβουμε τα απαραίτητα για την ασφάλιση προσωπικά δεδομένα σας, θα προβούμε, για τους λόγους που προαναφέραμε, σε κάθε πράξη ή σειρά πράξεων επεξεργασίας των δεδομένων σας και με τη βοήθεια αυτοματοποιημένων μέσων όπως π.χ. συλλογή, καταχώρηση, οργάνωση, διόρθωση, αποθήκευση, προσαρμογή, μεταβολή, ανάκτηση, αναζήτηση πληροφοριών.
- Σε ορισμένες περιπτώσεις (που αφορούν τους Κλάδους Ασφάλισης Υγείας και Ατυχημάτων) κάνουμε χρήση και αυτοματοποιημένων μέσων στο στάδιο της ανάληψης του κινδύνου. Μέσω αυτών των αυτοματοποιημένων μέσων, στα οποία έχουν ενσωματωθεί σε μεγάλο βαθμό οι κανόνες ανάληψης κινδύνων που εφαρμόζουμε (για τους παραπάνω Κλάδους ασφάλισης), μας επιτρέπεται να λαμβάνουμε αποφάσεις πιο σύντομα, με μεγαλύτερη ακρίβεια, διαφάνεια και συνέπεια.
- Ωστόσο, στις περιπτώσεις αυτές, πραγματοποιούνται τακτικοί σχετικοί έλεγχοι από αρμόδιους υπαλλήλους μας. Έτσι, σε περίπτωση άρνησης ασφάλισης (στις ασφαλίσσεις υγείας) αυτή ελέγχεται πάντα από αρμόδιο υπάλληλό μας.
- Στα πλαίσια προστασίας των εννόμων συμφερόντων μας, πραγματοποιούμε συχνά ελέγχους, μέσω πιστοποιημένων αυτοματοποιημένων μέσων, για λόγους αποτροπής απάτης σε βάρος μας.
- Ειδικά όσον αφορά τα προϊόντα ασφάλισης του Κλάδου Ζωής (στον οποίο εντάσσονται τα συνταξιοδοτικά προϊόντα ασφάλισης, καθώς και unit linked ασφαλιστικά προϊόντα) πραγματοποιούμε τις εξής επιμέρους επεξεργασίες προς το σκοπό συμ-

1 Κάθε πληροφορία που αφορά ταυτοποιημένο ή ταυτοποιήσιμο φυσικό πρόσωπο («υποκείμενο των δεδομένων») όπως αναγνωριστικό στοιχείο ταυτότητας [όνομα, αριθμό ταυτότητας, σωματική, φυσιολογική, ψυχολογική, οικονομική, πολιτιστική ή κοινωνική ταυτότητα του φυσικού προσώπου (Άρθρο 4 Κανονισμού ΕΕ 2016/679)].

2 Πρόκειται για δεδομένα που αφορούν ενδεικτικά την υγεία, καθώς και την φυλετική ή εθνοτική καταγωγή κ.λπ. (Άρθρο 9 Κανονισμού ΕΕ 2016/679).

μόρφωσής μας με προβλέψεις της ευρωπαϊκής και ελληνικής νομοθεσίας:

- ✓ πραγματοποιούμε ελέγχους (και αυτοματοποιημένους) για να αποτρέψουμε χρήση των προϊόντων μας για σκοπούς ξεπλύματος χρήματος ή/και χρηματοδότησης της τρομοκρατίας.<sup>3</sup>
- ✓ πραγματοποιούμε ελέγχους και αποστέλλουμε στοιχεία και δεδομένα προς το σκοπό συμμόρφωσής μας με τη διοικητική συνεργασία των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο φορολογικό τομέα<sup>4</sup>.
- ✓ πραγματοποιούμε ελέγχους και αποστέλλουμε στοιχεία και δεδομένα προς το σκοπό συμμόρφωσής μας με την πολυμερή συμφωνία Αρμοδίων Αρχών για την αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών χρηματοοικονομικών λογαριασμών<sup>5</sup>.
- ✓ Δεσμευόμαστε επίσης και πραγματοποιούμε κάθε σχετική επεξεργασία προς το σκοπό συμμόρφωσής μας με την FATCA, που αφορά ωστόσο μόνο τα U.S. persons, όπως ορίζονται.<sup>6</sup>

### III. Για πόσο χρόνο θα κρατάτε τα δεδομένα μου σε αρχείο;

Θα κρατήσουμε τα δεδομένα σας για όσο χρόνο θα διατηρείτε συμβατική σχέση μαζί μας τόσο σε έγχαρτη, όσο και σε ηλεκτρονική μορφή. Σε περίπτωση που, για οποιονδήποτε λόγο, αυτή διακοπεί θα τα κρατήσουμε για όσο χρόνο ακόμα απαιτείται μέχρι να παρέλθει ο χρόνος παραγραφής τυχόν σχετικών αξιώσεων.

### IV. Ποια δικαιώματα έχω για την επεξεργασία των δεδομένων μου;

- Μπορείτε να ασκήσετε, κατά περίπτωση, τα εξής δικαιώματα: το δικαίωμα πρόσβασης (για να μάθετε ποια δεδομένα σας επεξεργαζόμαστε, για ποιο λόγο και τους αποδέκτες τους<sup>7</sup>), διόρθωσης (για να διορθωθούν τυχόν ελλείψεις ή ανακρίβειες των δεδομένων σας<sup>8</sup>), διαγραφής (δικαίωμα στη λήθη) (διαγραφή τους από τα αρχεία μας, εφόσον όμως η επεξεργασία τους δεν είναι πλέον απαραίτητη<sup>9</sup>) περιορισμού της επεξεργασίας (σε περίπτωση αμφισβήτησης της ακρίβειας των δεδομένων κ.λπ<sup>10</sup>.) φορητότητας (να λάβετε τα δεδομένα σας σε δομημένο και κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο)<sup>11</sup>.
- Τα δικαιώματα αυτά ασκούνται χωρίς κόστος για σας, με την αποστολή σχετικής επιστολής ή e-mail στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων, εκτός αν επαναλαμβάνονται συχνά και λόγω όγκου έχουν για εμάς διοικητικό κόστος, οπότε θα επιβαρυνθείτε με το σχετικό κόστος.
- Εφόσον ασκήσετε οποιαδήποτε από τα δικαιώματά σας αυτά, θα λάβουμε κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίηση του αιτήματός σας εντός **τριάντα (30) ημερών** από τη λήψη του σχετικού αιτήματος, αφού σας ενημερώσουμε είτε για την ικανοποίησή του, είτε για τους αντικειμενικούς λόγους που εμποδίζουν την ικανοποίησή του.
- Πέραν αυτών, μπορείτε οποιαδήποτε στιγμή να **εναντιωθείτε** στην επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΔΠΧ σας για τους σκοπούς της σύμβασης ασφάλισης, ανακαλώντας της συγκατάθεσή σας. Ωστόσο, αυτό θα οδηγήσει σε **λήξη της ασφάλισής σας από το Ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο**, επειδή (σύμφωνα και με όσα προαναφέρθηκαν) κανενός είδους ασφάλιση δεν λειτουργεί χωρίς επεξεργασία των ΔΠΧ ή/και των ΕΔΠΧ του ασφαλισμένου προσώπου (υποκειμένου των δεδομένων).

### V. Πώς διασφαλίζετε την ασφάλεια των δεδομένων μου;

Η ασφάλεια των δεδομένων σας είναι για μας απόλυτη δέσμευση. Για να το πετύχουμε αυτό, εφαρμόζουμε όλα τα **σύγχρονα και κατάλληλα** για τους σκοπούς της επεξεργασίας **τεχνικά** (ενδεικτικά, κρυπτογράφηση, ανωνυμοποίηση) και **οργανωτικά μέτρα**, την ανταπόκριση των οποίων ελέγχουμε ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

### VI. Πού θα διαβιβάσετε τα δεδομένα μου;

- Τα δεδομένα σας θα διαβιβαστούν σε τμήματά μας που είναι αρμόδια για την ανάληψη του κινδύνου, για την ορθή και απρόσκοπτη λειτουργία του ασφαλιστηρίου σας, καθώς και για την αποζημίωσή σας. Ενδεικτικά αναφέρουμε το τμήμα ανάληψης κινδύνων (underwriting), το τμήμα εκδόσεων, το τμήμα αποζημιώσεων, το αναλογιστικό τμήμα, τη νομική υπηρεσία κ.λπ., καθώς και στον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή (φυσικό ή νομικό πρόσωπο) που διαμεσολαβεί στην κατάρτιση του Ομαδικού ασφαλιστηρίου.
- Τα δεδομένα σας, ενδέχεται να διαβιβαστούν και να καταστούν προσιτά και από νομικά πρόσωπα ή/και φυσικά πρόσωπα με τα οποία, κατά καιρούς, διατηρούμε συμβάσεις για την ορθή και με βάση τους όρους των ασφαλιστηρίων συμβολαίων αποζημίωσή των ασφαλισμένων μας, καθώς και για την εκτίμηση της ζημιάς. Επίσης, τα δεδομένα σας, στα πλαίσια της λειτουργίας του Ομαδικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου, μπορεί να διαβιβαστούν σε διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα, γιατρούς, δημόσιες αρχές, ερευνητές/πραγματογνώμονες αποζημιώσεων κ.λπ. Ωστόσο, θα πρέπει να γνωρίζετε ότι, στην περίπτωση αυτή, αυτά τα νομικά ή/και φυσικά πρόσωπα θα επεξεργαστούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σας αποκλειστικά για

3 Ν.3691/2008, Αποφ.ΕΠΕΙΑ 154/2009, Οδηγία 2015/849 ΕΕ.

4 Νόμος 4170/2013, Οδηγία του Συμβουλίου 20011/16 ΕΕ,

5 Common Reporting Standards-CRS

6 Νόμος 4493/2017 Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ της Ελληνικής Κυβέρνησης και της Κυβέρνησης των Η.Π.Α.

7 Άρθρο 15 Κανονισμού ΕΕ 2016/679

8 Άρθρο 16 Κανονισμού ΕΕ 2016/679

9 Άρθρο 17 Κανονισμού ΕΕ 2016/679

10 Άρθρο 18 Κανονισμού ΕΕ 2016/679

11 Άρθρο 20 Κανονισμού ΕΕ 2016/679

το σκοπό παροχής υπηρεσιών προς εμάς και όχι προς ίδιο όφελος, ενεργώντας ως εκτελούντες την επεξεργασία.

- Ταυτόχρονα, για την ορθή και απρόσκοπτη λειτουργία της κάλυψής σας από το Ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο, μέρος ή σύνολο των δεδομένων σας και μόνο στην έκταση που αυτό είναι απαραίτητο, θα είναι προσβάσιμα και από εξουσιοδοτημένα πρόσωπα του Εργοδότη σας (ιδίως, από εξουσιοδοτημένα προς τούτο άτομα του Τμήματος Διεύθυνσης Ανθρώπινου Δυναμικού, όπως και αν αυτό λειτουργεί, ακόμα και ως εξωτερική ανάθεση).
- Τα δεδομένα σας, ενδέχεται να διαβιβαστούν, να καταστούν προσιτά και να τύχουν επεξεργασίας από τη μητρική μας εταιρία «Achmea B.V.», που εδρεύει στην Ολλανδία, καθώς και από άλλες εταιρείες του ιδίου Ομίλου Achmea, εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Θα πρέπει, ωστόσο, να γνωρίζετε ότι για κάθε διαβίβαση θα λαμβάνουμε πάντα κάθε μέτρο ώστε τα δεδομένα που θα διαβιβάζονται θα είναι πάντα τα ελάχιστα αναγκαία και ότι θα συντρέχουν πάντα οι προϋποθέσεις για νόμιμη και θεμιτή επεξεργασία.

#### **VII. Πώς μπορώ να υποβάλλω καταγγελία/διαμαρτυρία;**

- Για οποιοδήποτε θέμα αφορά την επεξεργασία των δεδομένων σας μπορείτε να απευθύνεστε στο γραφείο Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων (ΥΠΔ) του Ομίλου INTERAMERICAN: τηλ 210 946 2000/email [dpo@interamerican.gr](mailto:dpo@interamerican.gr)
- Επίσης, διατηρείτε πάντα το δικαίωμα να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, η οποία μπορεί να δεχθεί και την υποβολή σχετικών παραπόνων είτε σε γραπτή μορφή στο πρωτόκολλό της (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα) είτε ηλεκτρονικά ([www.dpa.gr](http://www.dpa.gr)).

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ)  
ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΕΚΔΠΧ)**

**Με την ιδιότητά μου του Ασφαλισμένου, δηλώνω ότι:**

- **Διάβασα** το Ενημερωτικό Έντυπο για την Επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων των Εταιριών «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.» και «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.» για την ένταξή μου, καθώς και των τυχόν εξαρτημένων προσώπων που δηλώνω, στο Ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο που συνήψε ο Εργοδότης μου με την εν λόγω Εταιρία.
- **Ενημερώθηκα** για την επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ που θα πραγματοποιήσουν οι εν λόγω Εταιρίες, επ' αφορμή της ένταξής μου στην κάλυψη του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου.
- **Ενημερώθηκα** για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης).
- **Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου** (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στις Εταιρίες «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.», «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.»:
  1. Για την επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ, καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση τους στο μέλλον και έχουν σχέση με την όλη λειτουργία της κάλυψης τόσο της δική μου, όσο και των τυχόν εξαρτημένων μελών που έχω δηλώσει από το Ομαδικό Ασφαλιστήριο συμβόλαιο που συνήψε ο Εργοδότης μου μαζί της.
  2. Για την τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω δεδομένα σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή.
- **Αναγνωρίζω** ότι η επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ που αφορούν τόσο εμένα, όσο και τα τυχόν εξαρτημένα πρόσωπα που ζητώ να ενταχθούν στην ασφάλιση, είναι και παραμένει απολύτως αναγκαία για τη συνεχή λειτουργία της κάλυψης από το Ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο και ότι τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον θα δίνει το δικαίωμα στις ως άνω Εταιρίες να καταγγείλουν την κάλυψή μου από το Ομαδικό συμβόλαιο, με άμεση ισχύ.

**Αφού διάβασα με προσοχή τις δηλώσεις που αφορούν το Ομαδικό ασφαλιστικό πρόγραμμα και την ενημέρωση για την επεξεργασία των δεδομένων μου**

**Δηλώνω ότι τις αποδέχομαι**

Ημερομηνία ..... Εταιρία .....

.....  
Ονοματεπώνυμο Ασφαλισμένου

.....  
Υπογραφή Ασφαλισμένου

*(Ατομικά & για τα τυχόν Καλυπτόμενα/Προστατευόμενα Μέλη της Οικογένειάς μου που ζητώ να ενταχθούν στην κάλυψη του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου)*

**Η Interamerican είναι μέλος της **achmea****