



## Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Policyholder Data

	Επωνυμία Εταιρίας <i>Company Name:</i>	
	Τόπος Παροχής Εργασίας <i>Place of Work:</i>	

## Στοιχεία Υπαλλήλου - Employee Data

	Όνοματεπώνυμο: <i>Full Name:</i>			
	Ημερομηνία Γέννησης <i>Date of Birth:</i>	Α.Δ.Τ.: <i>ID Card No.:</i>	ΑΦΜ: <i>Tax ID:</i>	Δ.Ο.Υ.: <i>Tax Office:</i>
	Διεύθυνση: <i>Address:</i>			
	Τηλ. Σταθερό: <i>Telephone Nr.:</i>	Τηλ. Κινητό: <i>Mobile Nr.:</i>	Email:	

## Στοιχεία Δικαιούχων - Beneficiaries Data (Συμπληρώνεται Προαιρετικά)

Σε περίπτωση θανάτου και εφόσον το περιστατικό καλύπτεται από τους όρους του ασφαλιστηρίου, ορίζω έναν ή περισσότερους δικαιούχους τους.  
Beneficiaries: In the event of death and provided that the risk is covered by the terms of the policy, I hereby appoint the following one or more beneficiaries:

	Όνοματεπώνυμο: <i>Full Name:</i>		
	Διεύθυνση: <i>Address:</i>	Βαθμός Συγγένειας/ Σχέσης: <i>Relation:</i>	Ποσοστό %: <i>Proportion %:</i>
	Όνοματεπώνυμο: <i>Full Name:</i>		
	Διεύθυνση: <i>Address:</i>	Βαθμός Συγγένειας/ Σχέσης: <i>Relation:</i>	Ποσοστό %: <i>Proportion %:</i>
	Όνοματεπώνυμο: <i>Full Name:</i>		
	Διεύθυνση: <i>Address:</i>	Βαθμός Συγγένειας/ Σχέσης: <i>Relation:</i>	Ποσοστό %: <i>Proportion %:</i>

## Προστατευόμενα Μέλη (σύζυγος/ παιδιά ) - Dependents (spouse/ children)

**Ασφάλιση Νοσοκομειακής/Εξωνοσοκομειακής Περιθαλψής - In and/or Out of Hospital Coverage**

	Όνοματεπώνυμο: <i>Full Name:</i>		
	Ημερομηνία Γέννησης <i>Date of Birth:</i>	Βαθμός Συγγένειας/ Σχέσης: <i>Relation:</i>	Ημερομηνία Έναρξης: <i>Effective Date:</i>
	Όνοματεπώνυμο: <i>Full Name:</i>		
	Ημερομηνία Γέννησης <i>Date of Birth:</i>	Βαθμός Συγγένειας/ Σχέσης: <i>Relation:</i>	Ημερομηνία Έναρξης: <i>Effective Date:</i>
	Όνοματεπώνυμο: <i>Full Name:</i>		
	Ημερομηνία Γέννησης <i>Date of Birth:</i>	Βαθμός Συγγένειας/ Σχέσης: <i>Relation:</i>	Ημερομηνία Έναρξης: <i>Effective Date:</i>
	Όνοματεπώνυμο: <i>Full Name:</i>		
	Ημερομηνία Γέννησης <i>Date of Birth:</i>	Βαθμός Συγγένειας/ Σχέσης: <i>Relation:</i>	Ημερομηνία Έναρξης: <i>Effective Date:</i>



## Υπεύθυνη Δήλωση



Γνωρίζοντας ότι, με βάση το ν. 2496/1997, οφείλω να δηλώσω με αλήθεια και πληρότητα όλα τα στοιχεία που ζητεί η Generali για να αναλάβει την ασφάλιση:

- Αιτούμαι την ένταξη μου στην Ομαδική Ασφάλιση σύμφωνα με τους όρους του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου
- Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι ανωτέρω απαντήσεις μου είναι ορθές και πλήρεις και για εμένα και για τα προστατευόμενα μέλη που ασφαλιζώ

Τόπος:

Ημερομηνία:

Ο/Η Δηλών/ούσα: \_\_\_\_\_



## Δήλωση Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων



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.

### Ποιος θα χρησιμοποιήσει τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Η Generali Hellas AAE θα χρησιμοποιήσει τα προσωπικά δεδομένα σας με την ιδιότητά της ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας Δεδομένων (Data Controller). Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στην παρακάτω διεύθυνση:

Ηλία Ηλίου 35-37 & Πυθέου  
117 43 Αθήνα  
Τηλέφωνο: 2108096100  
e-mail: [info@generaligr](mailto:info@generaligr)

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, είτε με επιστολή στη διεύθυνση της Generali με την ένδειξη Υπόψη Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων ή στο e-mail: [dpo@generaligr](mailto:dpo@generaligr).

### Πώς θα χρησιμοποιήσουμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Η Generali θα χρησιμοποιήσει τα προσωπικά σας δεδομένα:

1. για την εκτίμηση (underwriting), αντασφάλιση και διαχείριση του ασφαλιστικού κινδύνου και τον καθορισμό του ασφαλίστρου,
2. για την ένταξή σας ως μέλους του ομαδικού ασφαλιστηρίου,
3. για την παροχή των ασφαλιστικών καλύψεων του ομαδικού ασφαλιστηρίου, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης σε περίπτωση επέλευσης του κινδύνου,
4. για να σας ενημερώσει για θέματα που αφορούν στο ομαδικό ασφαλιστήριο και άλλα προϊόντα, και για να ζητήσει πληροφορίες για το επίπεδο ικανοποίησής σας από τις υπηρεσίες της Generali,
5. για τη συμμόρφωση της Generali με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης παραπόνων και καταγγελιών, και για την καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης.

Η Generali δικαιούται να επεξεργαστεί τα Προσωπικά Δεδομένα σας για την ένταξή σας και την εκτέλεση των συμβατικών όρων του ομαδικού ασφαλιστηρίου, εάν ενταχθείτε σε αυτό. Η επεξεργασία ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων σας, που αφορούν στην υγεία σας, γίνεται μόνο με τη ρητή συγκατάθεσή σας.

### Ποια Προσωπικά Δεδομένα χρησιμοποιούμε

Θα επεξεργαστούμε μόνο Προσωπικά Δεδομένα που είναι απολύτως αναγκαία για τους ανωτέρω αναφερόμενους σκοπούς. Συγκεκριμένα, η Generali θα επεξεργαστεί:

1. Τα στοιχεία ταυτοποίησής σας (ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, ΑΦΜ, ΑΜΚΑ κλπ.),
2. Τα στοιχεία επικοινωνίας σας (διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail, κλπ.),
3. Τα στοιχεία του τραπεζικού σας λογαριασμού (IBAN),
4. Στοιχεία που αφορούν τη θέση σας στην εταιρία στην οποία εργάζεστε, τις μηνιαίες απολαβές σας και το συνολικό εισόδημά σας, εάν απαιτείται (εκκαθαριστικό, κλπ.),
5. Στην περίπτωση της διαδικασίας ανάληψης κινδύνου με προασφαλιστικό έλεγχο: το ιατρικό ιστορικό σας με βάση τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώσατε μαζί με την αίτησή σας ή και τυχόν ιατρικές ή διαγνωστικές εξετάσεις και τα αποτελέσματα αυτών που θα προσκομίσετε στη Generali.
6. Τυχόν άλλα δεδομένα που η Generali τηρεί στο αρχείο της, από προηγούμενες συναλλαγές μαζί σας.

Σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, η Generali μπορεί να σας ζητήσει επιπλέον στοιχεία και πρόσθετα δικαιολογητικά που θα αφορούν το συμβάν και τις ιατρικές πράξεις ή/και εξετάσεις που διενεργήθηκαν.

### Με ποιον μοιραζόμαστε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Μπορεί να μοιραστούμε προσωπικά δεδομένα σας με εξωτερικούς οργανισμούς όπως με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή της εταιρίας στην οποία εργάζεστε, συνεργαζόμενους 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

ομαδικό ασφαλιστήριο, καθώς και σε τυχόν ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνετε χρήση αυτών των υπηρεσιών. Επίσης, η Διεύθυνση Προσωπικού της εταιρίας στην οποία εργάζεστε θα έχει πρόσβαση στην καρτέλα σας, η οποία περιέχει στοιχεία που αφορούν τη χρήση των καλύψεων του ομαδικού ασφαλιστηρίου, χωρίς όμως να έχει πρόσβαση στο ιατρικό ιστορικό σας. Μπορεί, επίσης, να μοιραστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα με τα τεχνικά τμήματα της έδρας 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. Για περισσότερες πληροφορίες για τους εξωτερικούς συνεργάτες και παρόχους μας, με τους οποίους μοιραζόμαστε τα δεδομένα σας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας ([www.generaligr](http://www.generaligr)).

Η Generali δεν πρόκειται να αποκαλύψει με οποιονδήποτε τρόπο τα προσωπικά σας δεδομένα σε οποιοδήποτε τρίτο μέρος το οποίο δε σχετίζεται με το ομαδικό ασφαλιστήριο 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.

## Γιατί απαιτείται η συλλογή των Προσωπικών Δεδομένων σας

Η συλλογή των δεδομένων σας είναι αναγκαία για την ένταξή σας στο ομαδικό ασφαλιστήριο. Εάν δεν παράσχετε τα Προσωπικά Δεδομένα σας, δυστυχώς, η Generali δεν δύναται να προβεί στην ένταξή σας στο ομαδικό ασφαλιστήριο ή/και στην παροχή των καλύψεων και των υπηρεσιών που αυτό προβλέπει.

## 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.

Μπορείτε, επίσης, ανά πάσα στιγμή, να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή που έχετε παράσχει για την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων σας. Δυστυχώς, σε μια τέτοια περίπτωση, η Generali δεν θα μπορεί να σας παρέχει τις καλύψεις που προβλέπονται στο ομαδικό ασφαλιστήριο (ανάκληση συγκατάθεσης). Η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν επηρεάζει τη νομιμότητα κάθε προηγούμενης πράξης επεξεργασίας.

Για περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τις προϋποθέσεις άσκησης των δικαιωμάτων σας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Generali Hellas ([www.generaligr](http://www.generaligr)). Μπορείτε να ασκήσετε τα δικαιώματά σας μέσω της ιστοσελίδας μας ή, εναλλακτικά, μπορείτε να επικοινωνήσετε απευθείας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων στο [dpo@generaligr](mailto:dpo@generaligr) για την άσκηση των δικαιωμάτων σας, καθώς και για κάθε άλλη πληροφορία. Η αίτηση άσκησης των δικαιωμάτων είναι δωρεάν, εκτός εάν το αίτημα είναι προφανώς αβάσιμο ή υπερβολικό.

## 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).

## 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 είστε μέλη στο ομαδικό ασφαλιστήριο και αυτό είναι σε ισχύ και μέχρι είκοσι έτη μετά την αποχώρησή σας ή τη λήξη ισχύος του για οποιοδήποτε λόγο, εκτός εάν η νομοθεσία προβλέπει διαφορετική περίοδο διατήρησης. Σε περίπτωση μη ένταξής σας στο ασφαλιστήριο, θα διατηρήσουμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας μέχρι και για πέντε έτη.



## Δήλωση Συναίνεσης



Με βάση τη Δήλωση Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων που επισυνάπτεται, δηλώνετε ότι έχετε διαβάσει και κατανοήσει το περιεχόμενο της Δήλωσης και με την παρούσα δηλώνετε τη συναίνεσή σας για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας, για τους σκοπούς επεξεργασίας που αναφέρονται στη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και έχουν ως νομική βάση τη δική σας ρητή συγκατάθεση. Συγκεκριμένα, μπορείτε ελεύθερα να αποφασίσετε να δώσετε τη συναίνεσή σας, ανάλογα με την προτίμησή σας και, συνεπώς, να εξουσιοδοτήσετε την Generali να:

- επεξεργαστεί τα ειδικών κατηγοριών προσωπικά δεδομένα (δεδομένα υγείας) τα δικά σας, καθώς και των παιδιών σας που τυγχάνουν προστατευόμενα μέλη, για το σκοπό της ένταξής σας στο ομαδικό ασφαλιστήριο, της διαχείρισης της λειτουργίας αυτού και των υποχρεώσεων που προκύπτουν από αυτό, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης.

**Συναινώ**

**Δεν συναινώ**

- επεξεργαστεί και να διαβιβάσει τα ειδικών κατηγοριών προσωπικά δεδομένα (δεδομένα υγείας) τα δικά σας, καθώς και των παιδιών σας που τυγχάνουν προστατευόμενα μέλη, στους παρόχους υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την παροχή των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ομαδικό ασφαλιστήριο.

**Συναινώ**

**Δεν συναινώ**

- επεξεργαστεί τα προσωπικά σας δεδομένα για την επικοινωνία μαζί σας, είτε απευθείας είτε μέσω του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή του συμβολαίου, και την αποστολή προς εσάς υλικού εμπορικής επικοινωνίας και για τη συμμετοχή σας σε προωθητικές ενέργειες της Generali σχετικά με προϊόντα και υπηρεσίες της.

**Συναινώ**

**Δεν συναινώ**

- επεξεργαστεί τα προσωπικά σας δεδομένα για το σκοπό της συμμετοχής σας σε έρευνες αγοράς και έρευνες ικανοποίησης πελατών που αφορούν την Generali Hellas ή τον Όμιλο Generali.

**Συναινώ**

**Δεν συναινώ**

- συμμετέχει ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής του συμβολαίου, σε τυχόν πρόσθετες ενέργειες (πέραν της αίτησης ασφάλισης) που απαιτούνται κατά την έκδοση του συμβολαίου, καθώς και στη διαδικασία διεκπεραίωσης τυχόν αιτημάτων αποζημίωσής μας, για διευκόλυνσή σας

**Συναινώ**

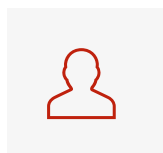
**Δεν συναινώ**

Μπορείτε να μη χορηγήσετε ή να ανακαλέσετε ανά πάσα στιγμή τη συγκατάθεση σας. Σε περίπτωση όμως που η ανάκληση αφορά οποιαδήποτε εκ των ανωτέρω 1ης και 2ης περιπτώσεων, και ανάλογα με το στάδιο στο οποίο θα συμβεί αυτό, η Generali δεν θα είναι σε θέση:

- είτε να εκτιμήσει την αίτηση ένταξής σας στο ομαδικό ασφαλιστήριο, εφόσον η μη χορήγηση ή η ανάκληση έχει πραγματοποιηθεί πριν τη σύναψη αυτού
- είτε να διαχειριστεί αιτήματα αποζημίωσης ή άλλα ζητήματα που σχετίζονται με τη συμμετοχή σας στο ομαδικό ασφαλιστήριο 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 σας και ως εκ τούτου η εκπλήρωση των συμβατικών της υποχρεώσεων καθίσταται ανέφικτη.

## Στοιχεία Ασφαλισμένου



Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

## Προστατευόμενα Μέλη



Παρέχετε τη συγκατάθεση σας, ώστε η Generali να επεξεργαστεί τα προσωπικά σας δεδομένα ειδικών κατηγοριών (δεδομένα υγείας), σύμφωνα με όσα γνωστοποιήθηκαν παραπάνω.

*\*κάθε προστατευόμενο μέλος πρέπει να υπογράψει ξεχωριστά*

### Σύζυγος

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

**Συναιώ**  **Δεν συναιώ**

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

### Παιδί 1

*(απαιτείται συγκατάθεση του ίδιου, εφόσον είναι 15 ετών και άνω)*

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

**Συναιώ**  **Δεν συναιώ**

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

### Παιδί 2

*(απαιτείται συγκατάθεση του ίδιου, εφόσον είναι 15 ετών και άνω)*

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

**Συναιώ**  **Δεν συναιώ**

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

### Παιδί 3

*(απαιτείται συγκατάθεση του ίδιου, εφόσον είναι 15 ετών και άνω)*

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

**Συναιώ**  **Δεν συναιώ**

Υπογραφή: \_\_\_\_\_