



Μ.Α.Ε. 18197/05/Β/88/012 • Α.Φ.Μ. 094220868 • Δ.Ο.Υ. Φ.Α.Ε. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ • ΑΡΙΘΜΟΣ Γ.Ε.ΜΗ. 057730304000

ΕΔΡΑ: 15ο ΧΛΜ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ - ΠΕΡΑΙΑΣ, ΤΘ. 22402, Τ.Κ. 551 02 Τ. 2310 492.100, F. 2310 486.260
www.intersalonica.gr • e-mail: life@intersalonica.gr

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑ

ΣΚΟΠΟΣ ΜΑΣ ΕΙΝΑΙ ΝΑ ΣΑΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΟΥΜΕ ΓΡΗΓΟΡΑ ΚΑΙ ΣΩΣΤΑ. ΓΡ' ΑΥΤΟ ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΜΑΣ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΤΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΣ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΘΟΝΤΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΤΗΛ.:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:

ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

ΑΠΟ:

ΕΩΣ:

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:

.....

.....

.....

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΑΥΤΟ:

ΠΑΘΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΠΑΡΟΜΟΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΚΑΙ ΠΟΤΕ;

ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΣΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑ;

(να συμπληρωθεί μόνο εάν υπάρχει παροχή κάλυψης Απώλειας Εισοδήματος)

ΔΙΚΑΙΟΥΣΘΕ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΙΔΡΥΜΑ;

ΑΠΟ ΠΟΙΟ;

ΓΙΑΤΙ ΠΟΣΟ; / Ή ΠΟΣΟΣΤΟ;

ΜΕ ΤΗ ΔΗΛΩΣΗ ΜΟΥ ΑΥΤΗ ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΜΟΥ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΣΩΣΤΕΣ ΚΑΙ ΑΛΗΘΙΝΕΣ.

Επί πλέον συμφωνώ ότι οποιοσδήποτε γιατρός ή οποιοδήποτε νοσοκομείο, ιδιωτική κλινική, Ασφαλιστική Εταιρία, άλλος οργανισμός, ίδρυμα ή πρόσωπο έχει αποδείξει ή γνωρίζει κάτι για μένα ή την υγεία μου, εξουσιοδοτείται από μένα να δώσει στην **INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ ΖΩΗΣ** Α.Α.Ε.Ζ. ή σε αντιπρόσωπο της οποιαδήποτε πληροφορία που έχει σχέση με μένα, περιλαμβανομένων πληροφοριών για την υγεία μου και για το ιατρικό μου ιστορικό, νοσηλείες στο νοσοκομείο, ιατρική συμβουλή, διάγνωση, θεραπεία, πάθηση ή ενόχληση. Φωτοαντίγραφο της εξουσιοδότησης αυτής έχει την ίδια ισχύ με το πρωτότυπό της.

.....
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΜΑΡΤΥΡΑ

.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

.....
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

.....
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ και ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων

Α. Η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΔΠΧ) καθώς και των ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΕΚΔΠΧ) θα διενεργείται από την ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ («ΕΤΑΙΡΙΑ») που εδρεύει στη Θεσσαλονίκη και εκπροσωπείται νόμιμα ως Υπεύθυνο Επεξεργασίας (ή και τον εκτελούντα την επεξεργασία, εφόσον υπάρχει), ο οποίος είναι και αρμόδιος για την ασφάλεια των δεδομένων αυτών και θα περιορίζεται στις απολύτως αναγκαίες ενέργειες για την επίτευξη των σκοπών για τους οποίους έχω δώσει ρητή συγκατάθεση σύμφωνα με την ασφαλιστική νομοθεσία. Σε περίπτωση που δεν συναινέσω προς τον σκοπό κατάρτισης σύμβασης ασφάλισης, τότε δεν είναι δυνατή η κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης.

Β. Τα ΔΠΧ καθώς και τα ΕΚΔΠΧ μου θα υπόκεινται τόσο σε αυτοματοποιημένη όσο και μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία από τα πληροφορικά συστήματα της Εταιρίας για την εκπλήρωση του σκοπού της επεξεργασίας. Η Εταιρία λαμβάνει κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέσα για την διασφάλιση των δεδομένων μου.

Γ. Στο πλαίσιο της λειτουργίας της σύμβασης ασφάλισης που θα συναφθεί, τα ΔΠΧ καθώς και τα ΕΚΔΠΧ μου, ενδέχεται να διαβιβαστούν σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα τα οποία, ως εκτελούντες την επεξεργασία, θα μπορούν να τα επεξεργαστούν για λογαριασμό της Εταιρίας, βάσει της μεταξύ τους σύμβασης. Αποδέκτες των δεδομένων μου ενδέχεται επίσης να είναι οι Εταιρίες του Ομίλου ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ, νοσηλευτικά ιδρύματα, γιατροί, δημόσιες αρχές, εκτιμητές, τρίτες ασφαλιστικές εταιρίες και ενώσεις τους και διαμεσολαμβάνονται πρόσωπα που θα ενεργήσουν ως εκτελούντες την επεξεργασία για λογαριασμό της Εταιρίας. Διαβίβαση δεδομένων από την Εταιρία προς το Εξωτερικό μπορεί να γίνει μόνο βάσει ρητής νομοθετικής υποχρέωσης (πχ. νομοθεσία για ξέπλυμα χρήματος) ή βάσει συμβατικής αντασφαλιστικής υποχρέωσής της.

Δ. Η διατήρηση των ΔΠΧ καθώς και οι ΕΚΔΠΧ μου στην Εταιρία θα διαρκέσει για όλο το διάστημα ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης και σε κάθε περίπτωση έως την παραγραφή κάθε εκατέρωθεν αξίωσης, εκτός κι αν διάταξη νόμου επιβάλλει πρόσθετο χρονικό διάστημα.

Ε. Έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα υποβολής αιτήματος στον ως άνω υπεύθυνο επεξεργασίας για ενημέρωση, πρόσβαση, διόρθωση ή διαγραφή ή περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων που με αφορούν και το δικαίωμα εναντίωσης ή αντίρρησης στην επεξεργασία καθώς και το δικαίωμα στην φορητότητά τους. Τα δικαιώματα αυτά ασκούνται είτε με την αποστολή επιστολής στη διεύθυνση: ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ 15ο χλμ Θεσσαλονίκης-Περαίας - ΤΚ 55102 - Θεσσαλονίκη (Υπ όψιν Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων) είτε με ηλεκτρονικό μήνυμα στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (dpo@intersalonika.gr). Απάντηση για την ικανοποίηση του δικαιώματος θα πρέπει να δοθεί εντός χρονικού διαστήματος 30 ημερών. Επίσης, έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης στην επεξεργασία των δεδομένων που με αφορούν, η οποία ωστόσο θα έχει σαν αποτέλεσμα την καταγγελία της σύμβασης από την πλευρά της Εταιρίας. Επίσης, διατηρώ πάντα το δικαίωμα να απευθυνθώ στην Αρχή Προστασίας ΔΠΧ, η οποία μπορεί να δεχθεί την υποβολή σχετικών παραπόνων είτε σε γραπτή μορφή στο πρωτόκολλό της (Δνση: Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα) είτε σε ηλεκτρονική μορφή (www.dpa.gr).

Ο/η υπογράφων (ουσα)..... του με Α.Φ.Μ και ΑΔΤ ή Αρ.Διαβατηρίου δηλώνω ότι **ενημερώθηκα και συγκατατίθεμαι** στην επεξεργασία των **δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα** όσο και των **ειδικών κατηγοριών δεδομένων μου** που γίνεται από την Εταιρία με την επωνυμία ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ ως υπεύθυνου επεξεργασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ε.Ε. 2016/679, τα οποία (δεδομένα) γνωστοποιώ με την από/...../..... **☒ υπ' αριθμόν** **αίτηση** ασφάλισής μου καθώς και όποιων άλλων στοιχείων ζητηθούν ή έρθουν σε γνώση του Υπεύθυνου Επεξεργασίας στο μέλλον και έχουν σχέση, απορρέουν ή πηγάζουν από τη σύμβαση ασφάλισης.

Η επεξεργασία των προσωπικών και των ευαίσθητων δεδομένων μου θα πραγματοποιηθεί:

Προς τον σκοπό κατάρτισης και λειτουργίας σύμβασης ασφάλισης: Συμφωνώ Δεν Συμφωνώ

Ο Δηλών(ονοματεπώνυμο/υπογραφή)

(τόπος/ημερομηνία),/...../.....

Για τον/τους ανήλικο/ους, που έχουν συμπληρωθεί στην αίτηση ασφάλισης, ο έχων την γονική μέριμνα

.....(ονοματεπώνυμο/υπογραφή)

Ο/η υπογράφων (ουσα) του με Α.Φ.Μ και ΑΔΤ ή Αρ.Διαβατηρίου δηλώνω ότι **ενημερώθηκα και συγκατατίθεμαι** στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου που γίνεται από την Εταιρία με την επωνυμία **ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ** ως υπεύθυνο επεξεργασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ε.Ε. 2016/679, τα οποία (δεδομένα) γνωστοποιώ με την από/...../..... **☒ υπ' αριθμόν** **αίτηση ασφάλισής μου**. Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου για εμπορικό/ προωθητικό/ στατιστικό/ ερευνητικό σκοπό θα γίνεται για την προώθηση προϊόντων και υπηρεσιών μέσω εντύπων, e-mail, τηλεφώνου, sms καθώς και για τη διενέργεια ερευνών και στατιστικών αναλύσεων, με πιθανούς αποδέκτες τις Εταιρίες του Ομίλου (**ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Ε.Γ.Α., AIR INTERSALONIKA Ε.Α.Α.Τ.Ε., ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ ΕΜΠΟΡΟΤΕΧΝΙΚΗ Α.Ε.**), τρίτες διαφημιστικές εταιρίες, εταιρίες που διενεργούν στατιστικές ή άλλες έρευνες και διαμεσολαμβάνονται πρόσωπα. Τα δεδομένα θα διατηρούνται για πέντε (5) χρόνια. Ανά πάσα στιγμή, υπάρχει η δυνατότητα είτε με γραπτή επιστολή (στη διεύθυνση ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ 15ο χλμ Θεσσαλονίκης-Περαίας - ΤΚ 55102 – Θεσσαλονίκη) είτε με ηλεκτρονική επιστολή (στην ηλεκτρονική διεύθυνση (dpo@intersalonika.gr) προς τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Εταιρίας να ασκηθούν όλα τα δικαιώματα που προβλέπει ο ως άνω Κανονισμός, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος ενημέρωσης και πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής (δικαίωμα στην λήθη), περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας, εναντίωσης και αντίρρησης ως προς την επεξεργασία.

Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου θα πραγματοποιηθεί:

Για εμπορικό, προωθητικό, στατιστικό ή ερευνητικό σκοπό: Συμφωνώ Δεν Συμφωνώ

Ο Δηλών (ονοματεπώνυμο υπογραφή)

(τόπος/ημερομηνία),/...../.....

Για τον/τους ανήλικο/ους, που έχουν συμπληρωθεί στην αίτηση ασφάλισης, ο έχων την γονική μέριμνα

.....(ονοματεπώνυμο/υπογραφή)