



## ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ

Πρόγραμμα Υγείας

medi**ΣΥΝ** 3

Αριθμός Ασφαλιστηρίου: \_\_\_\_\_ Κωδικός Συνεργάτη: \_\_\_\_\_

Όνομ/νυμο Συνεργάτη: \_\_\_\_\_

### 1 Στοιχεία Συμβαλλόμενου

Επώνυμο: \_\_\_\_\_ Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

Όνομα: \_\_\_\_\_ Α.Φ.Μ.: \_\_\_\_\_

Φύλο: Α  Θ  Δ.Ο.Υ.: \_\_\_\_\_

Ημ. Γέννησης: \_\_\_\_\_ Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. \_\_\_\_\_

Όνομα πατέρα: \_\_\_\_\_ Υπηκοότητα: \_\_\_\_\_

Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος:  Άγαμος:  Χήρος:  Δ/νση Κατοικίας: \_\_\_\_\_

Φυσικό Πρόσωπο:  Νομικό Πρόσωπο:  Αριθμός: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_

Ταμείο Ασφάλισης: \_\_\_\_\_ Πόλη/Χωριό: \_\_\_\_\_

Α.Μ.Κ.Α.: \_\_\_\_\_ Τηλ. Κατοικίας: \_\_\_\_\_

Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο: \_\_\_\_\_ Κινητό Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Στοιχεία Επικοινωνίας

Δ/νση Αλληλογραφίας: \_\_\_\_\_ Αριθμός: \_\_\_\_\_ Πόλη/Χωριό: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_

Σταθερό Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_ Κινητό Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_

### Αλλαγή Συμβαλλόμενου (Σε περίπτωση αλλαγής Συμβαλλόμενου μέλους είναι υποχρεωτική η υπογραφή παλαιού και νέου Συμβαλλόμενου)

#### Στοιχεία Παλαιού Συμβαλλόμενου

Επώνυμο: \_\_\_\_\_ Όνομα: \_\_\_\_\_ Υπογραφή: \_\_\_\_\_

### 2 Αλλαγή/Προσθήκη Ασφαλισμένων

Προσθήκη νέου μέλους

Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου μέλους

Επώνυμο: \_\_\_\_\_ Α.Φ.Μ.: \_\_\_\_\_

Όνομα: \_\_\_\_\_ Δ.Ο.Υ.: \_\_\_\_\_

Φύλο: Α  Θ  Υπηκοότητα: \_\_\_\_\_ Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. \_\_\_\_\_

Ημ. Γέννησης: \_\_\_\_\_ Ταμείο Ασφάλισης: \_\_\_\_\_

Όνομα πατέρα: \_\_\_\_\_ Α.Μ.Κ.Α.: \_\_\_\_\_

Επάγγελμα: \_\_\_\_\_ Δ/νση Κατοικίας: \_\_\_\_\_

Φυσικό Πρόσωπο:  Νομικό Πρόσωπο:  Αριθμός: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_

Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος:  Άγαμος:  Χήρος:  Πόλη/Χωριό: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Τηλ. Κατοικίας: \_\_\_\_\_

Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο: \_\_\_\_\_ Κινητό Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_

(αδέρφια, γονέας, σύζυγος, τέκνα, παππούς/γιαγιά)

Προσθήκη νέου μέλους

Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου μέλους

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Α.Φ.Μ.:	<input type="text"/>
Όνομα:	<input type="text"/>	Δ.Ο.Υ.:	<input type="text"/>
Φύλο:	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	Υπηκοότητα:	<input type="text"/>
Ημ. Γέννησης:	<input type="text"/>	Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ.	<input type="text"/>
Όνομα πατέρα:	<input type="text"/>	Ταμείο Ασφάλισης:	<input type="text"/>
Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Α.Μ.Κ.Α.:	<input type="text"/>
Φυσικό Πρόσωπο:	<input type="checkbox"/>	Δ/υση Κατοικίας:	<input type="text"/>
Νομικό Πρόσωπο:	<input type="checkbox"/>	Αριθμός:	<input type="text"/>
Οικογενειακή Κατάσταση:	Έγγαμος: <input type="checkbox"/> Άγαμος: <input type="checkbox"/> Χήρος: <input type="checkbox"/>	T.K.:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Πόλη/Χωριό:	<input type="text"/>
Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο:	<input type="text"/>	Τηλ. Κατοικίας:	<input type="text"/>
(αδέρφια, γονέας, σύζυγος, τέκνα, παππούς/γιαγιά)		Κινητό Τηλέφωνο:	<input type="text"/>

Προσθήκη νέου μέλους

Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου μέλους

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Α.Φ.Μ.:	<input type="text"/>
Όνομα:	<input type="text"/>	Δ.Ο.Υ.:	<input type="text"/>
Φύλο:	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	Υπηκοότητα:	<input type="text"/>
Ημ. Γέννησης:	<input type="text"/>	Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ.	<input type="text"/>
Όνομα πατέρα:	<input type="text"/>	Ταμείο Ασφάλισης:	<input type="text"/>
Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Α.Μ.Κ.Α.:	<input type="text"/>
Φυσικό Πρόσωπο:	<input type="checkbox"/>	Δ/υση Κατοικίας:	<input type="text"/>
Νομικό Πρόσωπο:	<input type="checkbox"/>	Αριθμός:	<input type="text"/>
Οικογενειακή Κατάσταση:	Έγγαμος: <input type="checkbox"/> Άγαμος: <input type="checkbox"/> Χήρος: <input type="checkbox"/>	T.K.:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Πόλη/Χωριό:	<input type="text"/>
Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο:	<input type="text"/>	Τηλ. Κατοικίας:	<input type="text"/>
(αδέρφια, γονέας, σύζυγος, τέκνα, παππούς/γιαγιά)		Κινητό Τηλέφωνο:	<input type="text"/>

Προσθήκη νέου μέλους

Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου μέλους

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Α.Φ.Μ.:	<input type="text"/>
Όνομα:	<input type="text"/>	Δ.Ο.Υ.:	<input type="text"/>
Φύλο:	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	Υπηκοότητα:	<input type="text"/>
Ημ. Γέννησης:	<input type="text"/>	Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ.	<input type="text"/>
Όνομα πατέρα:	<input type="text"/>	Ταμείο Ασφάλισης:	<input type="text"/>
Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Α.Μ.Κ.Α.:	<input type="text"/>
Φυσικό Πρόσωπο:	<input type="checkbox"/>	Δ/υση Κατοικίας:	<input type="text"/>
Νομικό Πρόσωπο:	<input type="checkbox"/>	Αριθμός:	<input type="text"/>
Οικογενειακή Κατάσταση:	Έγγαμος: <input type="checkbox"/> Άγαμος: <input type="checkbox"/> Χήρος: <input type="checkbox"/>	T.K.:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Πόλη/Χωριό:	<input type="text"/>
Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο:	<input type="text"/>	Τηλ. Κατοικίας:	<input type="text"/>
(αδέρφια, γονέας, σύζυγος, τέκνα, παππούς/γιαγιά)		Κινητό Τηλέφωνο:	<input type="text"/>

### 3 Αφαίρεση Ασφαλισμένων

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>

#### 4 Μεταφορά από Medisun Extra

- Με την παρούσα αίτησή μου θα ήθελα να υποβάλλω αίτημα προς την Εταιρεία σας για την υπαγωγή μου στο νέο αναβαθμισμένο ασφαλιστήριο συμβόλαιο Medisun 3, το οποίο μου προτείνετε και αποτελεί συνέχιση του προηγούμενου συμβολαίου μου με τις ειδικές συμφωνίες, παρεκκλίσεις, ειδικές εξαιρέσεις και περιορισμούς που υπήρχαν σε αυτό, τις οποίες και αποδέχομαι.

#### 5 Καλύψεις medi<sup>3</sup>SUN 3

Ασφαλισμένος 1: Επώνυμο: \_\_\_\_\_ Όνομα: \_\_\_\_\_

Θέση Νοσηλείας	Εκπιπτόμενο ποσό	Ανώτατο όριο	Γεωγραφικό εύρος κάλυψης	Medisun Care Προαιρετική κάλυψη	Ασφάλιση ατυχήματος Προαιρετική κάλυψη
<input type="checkbox"/> LUX <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ	<input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 € <input type="checkbox"/> 3.000 € <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 9.000 € <input type="checkbox"/> 12.000€ <input type="checkbox"/> 15.000 €	<input type="checkbox"/> 1.500.000 € <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 600.000 € <input type="checkbox"/> 200.000 € <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Ελλάδα <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Παγκόσμια	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση Ασφαλισμένα κεφάλαια: <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 25.000 € <input type="checkbox"/> 50.000 € <input type="checkbox"/> 75.000 € <input type="checkbox"/> 100.000 € Ιατροφαρμακευτικά έξοδα: <input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 €

<b>Ασφάλιση κεφαλαίου αποπληρωμής ασφαλιστρών</b> (προαιρετική κάλυψη) Παρέχεται στο Συμβαλλόμενο εφόσον είναι και Πρώτος Ασφαλισμένος	<input type="checkbox"/> Προσθήκη: <b>Ασφαλισμένα κεφάλαια</b> <input type="checkbox"/> 10 x ασφάλιστρο <input type="checkbox"/> Συναρτήσει ηλικίας	<input type="checkbox"/> Αφαίρεση
--	--	-----------------------------------

Ασφαλισμένος 2: Επώνυμο: \_\_\_\_\_ Όνομα: \_\_\_\_\_

Θέση Νοσηλείας	Εκπιπτόμενο ποσό	Ανώτατο όριο	Γεωγραφικό εύρος κάλυψης	Medisun Care Προαιρετική κάλυψη	Ασφάλιση ατυχήματος Προαιρετική κάλυψη
<input type="checkbox"/> LUX <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ	<input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 € <input type="checkbox"/> 3.000 € <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 9.000 € <input type="checkbox"/> 12.000€ <input type="checkbox"/> 15.000 €	<input type="checkbox"/> 1.500.000 € <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 600.000 € <input type="checkbox"/> 200.000 € <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Ελλάδα <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Παγκόσμια	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση Ασφαλισμένα κεφάλαια: <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 25.000 € <input type="checkbox"/> 50.000 € <input type="checkbox"/> 75.000 € <input type="checkbox"/> 100.000 € Ιατροφαρμακευτικά έξοδα: <input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 €

Ασφαλισμένος 3: Επώνυμο: \_\_\_\_\_ Όνομα: \_\_\_\_\_

Θέση Νοσηλείας	Εκπιπτόμενο ποσό	Ανώτατο όριο	Γεωγραφικό εύρος κάλυψης	Medisun Care Προαιρετική κάλυψη	Ασφάλιση ατυχήματος Προαιρετική κάλυψη
<input type="checkbox"/> LUX <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ	<input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 € <input type="checkbox"/> 3.000 € <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 9.000 € <input type="checkbox"/> 12.000€ <input type="checkbox"/> 15.000 €	<input type="checkbox"/> 1.500.000 € <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 600.000 € <input type="checkbox"/> 200.000 € <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Ελλάδα <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Παγκόσμια	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση Ασφαλισμένα κεφάλαια: <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 25.000 € <input type="checkbox"/> 50.000 € <input type="checkbox"/> 75.000 € <input type="checkbox"/> 100.000 € Ιατροφαρμακευτικά έξοδα: <input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 €

Ασφαλισμένος 4: Επώνυμο: \_\_\_\_\_ Όνομα: \_\_\_\_\_

Θέση Νοσηλείας	Εκπιπτόμενο ποσό	Ανώτατο όριο	Γεωγραφικό εύρος κάλυψης	Medisun Care Προαιρετική κάλυψη	Ασφάλιση ατυχήματος Προαιρετική κάλυψη
<input type="checkbox"/> LUX <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ	<input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 € <input type="checkbox"/> 3.000 € <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 9.000 € <input type="checkbox"/> 12.000€ <input type="checkbox"/> 15.000 €	<input type="checkbox"/> 1.500.000 € <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 600.000 € <input type="checkbox"/> 200.000 € <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Ελλάδα <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Παγκόσμια	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση Ασφαλισμένα κεφάλαια: <input type="checkbox"/> 5.000 € <input type="checkbox"/> 25.000 € <input type="checkbox"/> 50.000 € <input type="checkbox"/> 75.000 € <input type="checkbox"/> 100.000 € Ιατροφαρμακευτικά έξοδα: <input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.500 €

<sup>1</sup> Στις 200.000€ δεν παρέχεται θέση Lux & A και στο 1.500.000€ δεν παρέχεται θέση Γ.

<sup>2</sup> Το γεωγραφικό εύρος κάλυψης Ελλάδα προσφέρεται αποκλειστικά και μόνο:

■ Στο συνδυασμό: Θέση νοσηλείας Γ, Εκπιπτόμενο ποσό 1.500€ & Ανώτατο όριο 200.000€.

■ Σε κατόχους προγράμματος νοσοκομειακής περίθαλψης σε ισχύ, της AXA ή άλλης ασφαλιστικής εταιρείας.

## 6 Αλλαγή τρόπου και συχνότητας καταβολής ασφαλιστρών

Συχνότητα πληρωμής:  Ετήσια  Τριμηνιαία  Εξαμηνιαία  Μηνιαία\*

Τρόπος πληρωμής:  Πάγια Εντολή Τράπεζας  Πιστωτική Κάρτα  Ταχυπληρωμή

\* Η μηνιαία συχνότητα ασφαλιστρού μπορεί να δοθεί μόνο με επιλογή Πάγιας Εντολής Τράπεζας ή Πιστωτικής Κάρτας.

## 7 Εκπτώσεις

Εκπτώσεις συνεργασίας	Αριθμός Συμβολαίου	Ονοματεπώνυμο κατόχου
Επένδυση		
Προστασία		
Σκάφος		
Πυρός		
Αυτοκίνητο		
Υγεία (εφόσον υφίσταται Μέδισυν 3 ειδικό)		

## 8 Δείκτης Τιμών Καταναλωτή

Επιθυμείτε την αναπροσαρμογή του προγράμματός σας σύμφωνα με τον δείκτη τιμών καταναλωτή;  Ναι  Όχι

Εάν επιλέξετε Ναι, τα ποσά που θα αναπροσαρμοστούν κατά την ετήσια Επέτειο του ασφαλιστηρίου σας, είναι το Ανώτατο Όριο της Νοσοκομειακής Περίθαλψης, τα επιμέρους Ανώτατα Όρια παροχών της Νοσοκομειακής Περίθαλψης, το Εκπιπτόμενο ποσό της Νοσοκομειακής Περίθαλψης, τα Ασφαλισμένα Κεφάλαια της Απώλειας Ζωής από Ατύχημα/Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από Ατύχημα και των Ιατροφαρμακευτικών εξόδων από Ατύχημα, σε περίπτωση που έχετε επιλέξει την Ασφάλιση Ατυχήματος και τα Ασφάλιστρα της Νοσοκομειακής Περίθαλψης και της Ασφάλισης Ατυχήματος.

Η μεταβολή του Γενικού Δεικτή Τιμών Καταναλωτή που θα χρησιμοποιείται για την αναπροσαρμογή του προγράμματός σας θα είναι αυτή του δωδεκάμηνου από Σεπτέμβριο σε Σεπτέμβριο του ημερολογιακού έτους, που προηγείται της ετήσιας Επετείου του ασφαλιστηρίου σας. Η αναπροσαρμογή πραγματοποιείται εφόσον η μεταβολή του Γενικού ΔΤΚ είναι τουλάχιστον 1%.

Διευκρινίζουμε ότι εάν επιθυμείτε να αλλάξετε το εκπιπτόμενο ποσό (συμμετοχή σας στο κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης) ή/και το ανώτατο όριο του προγράμματός σας, τότε, ακόμη και εάν τα τρέχοντα ασφαλισμένα κεφάλαια είχαν αυξηθεί από τον ΔΤΚ σε προηγούμενες ανανεώσεις, θα «χάσουν» τη συγκεκριμένη αύξηση, μόλις ολοκληρωθεί η μετατροπή κατόπιν δικού σας αιτήματος. Συνεπώς, τα τρέχοντα ασφαλισμένα κεφάλαια θα επιστρέψουν στα αρχικά όρια, όπως ήταν διαμορφωμένα πριν την ενεργοποίηση του ΔΤΚ. Το ίδιο θα ισχύσει και για τα επιμέρους ανώτατα όρια των καλύψεων που επηρεάζονται από την αύξηση του εν λόγω δείκτη.

## 9 Τηλεφωνική Συνέντευξη Ιατρικού Ερωτηματολογίου

Σας παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία σε περίπτωση προσθήκης ασφαλιζόμενου μέλους ή μείωσης εκπιπτομένου ή αύξησης Θέσης Νοσηλείας και αύξησης ανώτατου ορίου.

Ασφαλισμένοι	Προτεινόμενες ημέρες
Ασφαλισμένος 1	<input type="checkbox"/> Δευτέρα <input type="checkbox"/> Τρίτη <input type="checkbox"/> Τετάρτη <input type="checkbox"/> Πέμπτη <input type="checkbox"/> Παρασκευή
	Προτεινόμενες ώρες
	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00 <input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00 <input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00 <input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00
	Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): <input type="text"/>
Ασφαλισμένος 2	<input type="checkbox"/> Δευτέρα <input type="checkbox"/> Τρίτη <input type="checkbox"/> Τετάρτη <input type="checkbox"/> Πέμπτη <input type="checkbox"/> Παρασκευή
	Προτεινόμενες ώρες
	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00 <input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00 <input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00 <input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00
	Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): <input type="text"/>
Ασφαλισμένος 3	<input type="checkbox"/> Δευτέρα <input type="checkbox"/> Τρίτη <input type="checkbox"/> Τετάρτη <input type="checkbox"/> Πέμπτη <input type="checkbox"/> Παρασκευή
	Προτεινόμενες ώρες
	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00 <input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00 <input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00 <input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00
	Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): <input type="text"/>
Ασφαλισμένος 4	<input type="checkbox"/> Δευτέρα <input type="checkbox"/> Τρίτη <input type="checkbox"/> Τετάρτη <input type="checkbox"/> Πέμπτη <input type="checkbox"/> Παρασκευή
	Προτεινόμενες ώρες
	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00 <input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00 <input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00 <input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00
	Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): <input type="text"/>

## 10 Παρατηρήσεις για την Τηλεφωνική Συνέντευξη Ιατρικού Ερωτηματολογίου

Για τους ανήλικους ασφαλιζόμενους δηλώστε τα παρακάτω στοιχεία για τον κηδεμόνα:

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Σχέση κηδεμόνα με ανήλικο: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): \_\_\_\_\_

Μέρες και ώρες επικοινωνίας: \_\_\_\_\_

Γενικά σχόλια για την Τηλεφωνική Συνέντευξη: \_\_\_\_\_

## 11 Επαναφορά ασφαλιστηρίου

### Δήλωση καλής υγείας

Επιθυμώ επαναφορά του Ασφαλιστηρίου μου. Δηλώνω υπεύθυνα ότι η κατάσταση της υγείας μου και των ατόμων που καλύπτονται με το Ασφαλιστήριο αυτό δεν έχει μεταβληθεί από την ημερομηνία ακύρωσής του, καθώς επίσης ούτε εγώ ούτε τα καλυπτόμενα πρόσωπα έχουμε ασθενήσει ή έχουμε επισκεφθεί ιατρό για οποιαδήποτε αιτία σε αυτό το διάστημα.

Ισχύει η πιο πάνω δήλωση για εσάς και όλα τα άτομα που καλύπτονται με το Ασφαλιστήριο αυτό;

Ασφαλισμένος 1  Ναι  Όχι Ασφαλισμένος 3  Ναι  Όχι Ασφαλισμένος 5  Ναι  Όχι  
Ασφαλισμένος 2  Ναι  Όχι Ασφαλισμένος 4  Ναι  Όχι

## 12 Σημαντικές Πληροφορίες

### Διαδικασία ασφάλισης:

**Βήμα 1:** Ιατρικός συνεργάτης της AXA θα σας καλέσει για τηλεφωνική συνέντευξη σχετικά με την υγεία σας.

### Τι πρέπει να γνωρίζετε για την τηλεφωνική συνέντευξη

Η τηλεφωνική συνέντευξη είναι μια σύγχρονη, σύντομη και αποτελεσματική μέθοδος επικοινωνίας που αποσκοπεί στην εύκολη συλλογή πληροφοριών από την AXA για τη συμπλήρωση του ιατρικού ερωτηματολογίου και την επιβεβαίωση των προσωπικών στοιχείων όλων των μελών που πρόκειται να ασφαλιστούν. Αποτελεί απαραίτητο βήμα για να αξιολογήσουμε την αίτησή σας και στη συνέχεια να εκδώσουμε γρήγορα το ασφαλιστήριό σας. Η διάρκεια της θα είναι περίπου 15 λεπτά για κάθε ασφαλιζόμενο μέλος.

Για τους ανήλικους ασφαλιζόμενους η τηλεφωνική συνέντευξη θα πραγματοποιηθεί με τον κηδεμόνα τους, στα στοιχεία επικοινωνίας που θα μας δηλώσετε.

Στη διάρκεια της τηλεφωνικής συνέντευξης θα πρέπει να έχετε μαζί σας (τόσο για εσάς όσο και για τα ανήλικα μέλη που επιθυμείτε να ασφαλίσετε):

- Α.Δ.Τ. ή Αρ. Διαβατηρίου, Α.Φ.Μ. και Α.Μ.Κ.Α.
- Έγγραφο που σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας:
  - Βιβλιάριο Υγείας
  - Συνταγολόγιο
  - Ιστορικά νοσηλείων ή επεμβάσεων
  - Αποτελέσματα ιατρικών ελέγχων ή εξετάσεων

**Βήμα 2:** Μετά την ολοκλήρωση της τηλεφωνικής συνέντευξης θα αξιολογήσουμε όλα τα στοιχεία που μας έχετε δώσει. Έχοντας ως στόχο να αξιολογήσουμε σωστά την αίτησή σας.

- Για τις ηλικίες από 0 έως 59 ετών εφόσον κριθεί απαραίτητο από τις απαντήσεις σας στην τηλεφωνική συνέντευξη να σας ζητήσουμε να υποβληθείτε σε ιατρικό έλεγχο.
- Για τις ηλικίες από 60 έως 65 ετών, αφού ολοκληρωθεί η τηλεφωνική συνέντευξη, θα σας ζητήσουμε να υποβληθείτε στις παρακάτω ιατρικές εξετάσεις με έξοδα της AXA: ιατρική εξέταση παθολόγου, γενική ούρων, γενική αίματος, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c).
- Υπάρχει πιθανότητα να σας ζητήσουμε να υποβληθείτε σε περαιτέρω ιατρικό έλεγχο.

- Σε περίπτωση που ζητηθεί περαιτέρω ιατρικός έλεγχος μπορείτε να μας προσκομίσετε τα αποτελέσματα των παρακάτω ιατρικών εξετάσεων, αν τα έχετε ήδη: ηλεκτροκαρδιογράφημα (έως 6 μηνών), τεστ κόπωσης και άλλοι καρδιολογικοί έλεγχοι (έως 10 μηνών), υπέρηχος καρδιάς (έως 10 μηνών), απεικονιστικές εξετάσεις γενικώς (έως 6 μηνών), αιματολογικές εξετάσεις πλην γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (έως 6 μηνών), γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (έως 3 μηνών), μαστογραφίες (έως 12 μηνών), γενική ούρων (έως 2 μηνών).

Σε συνέχεια των παραπάνω θα διερευνήσουμε λεπτομερώς τη δυνατότητα να ασφαλίσετε στην Εταιρεία μας, και σε περίπτωση που η ασφάλιση προχωρήσει, θα ενημερωθείτε για τους ακριβείς όρους της ασφάλισης (τελικό ασφαλιστήριο, ειδικές συμφωνίες αν χρειάζονται κ.ο.κ.).

**Βήμα 3:** Θα ενημερωθείτε από τον ασφαλιστικό σας σύμβουλο για την τελική απόφαση της Εταιρείας μας και εφόσον συμφωνήσετε, θα προχωρήσουμε με την έκδοση και την αποστολή του ασφαλιστηρίου σας.

**Βήμα 4:** Η διαδικασία ολοκληρώνεται με την είσπραξη της πρώτης δόσης του ασφαλιστηρίου σας, σύμφωνα με τον τρόπο πληρωμής που έχετε επιλέξει. Η καταβολή του ασφαλιστήριου επιβεβαιώνει την αποδοχή των όρων του ασφαλιστηρίου και ενεργοποιεί την έναρξη ισχύος του προγράμματος.

Εάν έχετε επιλέξει ως τρόπο πληρωμής την πάγια εντολή μέσω κάρτας ή λογαριασμού, συμπληρώστε τα αντίστοιχα έντυπα πάγιας εξουσιοδότησης κάρτας ή λογαριασμού που θα βρείτε στο [www.axa.gr](http://www.axa.gr).

### Σημειώστε ότι σε περίπτωση συνέχισης της ασφάλισής σας από:

- Την AXA Ασφαλιστική, απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας είναι να υπάρχει ασφαλιστήριο σε ισχύ και να είναι πληρωμένο έως και ένα μήνα πριν την υπογραφή της αίτησης
- Άλλη ασφαλιστική εταιρεία, απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας, είναι η αποστολή των παρακάτω εγγράφων: αντίγραφο του συμβολαίου με διακριτούς τους όρους ασφάλισης (το συμβόλαιο πρέπει να είναι σε ισχύ τουλάχιστον 2 χρόνια) και τελευταία απόδειξη πληρωμής από την οποία θα αποδεικνύεται ότι το συμβόλαιο ήταν σε ισχύ έως την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.

## 13 Συνέχιση της Ασφάλισης

Εάν επιθυμείτε συνέχιση της ασφάλισης, θα πρέπει να δηλωθούν τα εξής: Εταιρεία AXA (ή άλλη), ονοματεπώνυμο ασφαλιζόμενου μέλους και αριθμός ασφαλιστηρίου:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- A) Εάν η συνέχιση της ασφάλισης προέρχεται από την AXA Ασφαλιστική, απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας είναι να ισχύουν τα ακόλουθα:
- Εν ισχύ ασφαλιστήριο.
  - Πληρωμένο έως και ένα μήνα πριν την υπογραφή της αίτησης Medisun3.
- B) Εάν η συνέχιση της ασφάλισης προέρχεται από άλλη εταιρεία, απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας είναι η αποστολή των παρακάτω εγγράφων:
- Αντίγραφο του ασφαλιστηρίου με διακριτικούς τους όρους της ασφάλισης (το ασφαλιστήριο πρέπει να είναι σε ισχύ τουλάχιστον 2 έτη).
  - Τελευταία απόδειξη πληρωμής από την οποία θα αποδεικνύεται ότι το ασφαλιστήριο ήταν σε ισχύ έως την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης Medisun3.

## 14 Παρατηρήσεις/Ειδικές Οδηγίες/Ακύρωση ασφαλιστηρίου

---

---

---

---

---

---

---

---

Επιθυμώ να ακυρώσω το ασφαλιστήριό μου

## 15 Δηλώσεις προς την AXA Ασφαλιστική Α.Ε.

1. Αντιλαμβάνομαι ότι τα στοιχεία της παρούσας αίτησης ασφάλισης προς την AXA Ασφαλιστική Α.Ε. είναι πλήρη και αληθινά και θα αποτελέσουν τη βάση για την έκδοση του ασφαλιστηρίου.
2. Δηλώνω ότι τα ασφαλισμένα μέλη είναι ενήμερα για τις μεταβολές που προκύπτουν από την παρούσα αίτηση και ενδέχεται να επηρεάσουν την ασφαλισιμότητα τους (τροποποιήσεις κάλυψης). Σε κάθε περίπτωση, η επικοινωνία με τους ασφαλισμένους έγκειται στη διακριτική ευχέρεια της εταιρείας.
3. Με την αίτηση αυτή εξουσιοδοτώ κάθε νόμιμο εκπρόσωπο της Εταιρείας καθώς και συνεργαζόμενο γιατρό και πάροχο υγείας να συλλέγει ιατρικές πληροφορίες μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης. Αυτοί μπορούν επίσης να κατέχουν τώρα ή να αποκτήσουν στο μέλλον πληροφορίες σχετικές με την κατάσταση της υγείας μου και της υγείας των μελών της οικογένειάς μου που ασφαλιζονται στο ασφαλιστήριο, να τις αναφέρουν στην AXA Ασφαλιστική Α.Ε. για όσο χρονικό διάστημα εγώ ή τα υπόλοιπα μέλη έχουμε αξίωση καταβολής αποζημίωσης από οποιαδήποτε κάλυψη του ασφαλιστηρίου.
4. Δηλώνω και αποδέχομαι ότι τα συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και οι πάροχοι εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ενημερώνουν την AXA Ασφαλιστική Α.Ε. για τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, χωρίς όμως να συμπεριλαμβάνονται τα αποτελέσματα και το περιεχόμενό τους.
5. Η διεύθυνση επικοινωνίας/αλληλογραφίας στην οποία επιθυμώ να αποστέλλεται κάθε έγγραφο που αφορά στη σύμβαση ασφάλισης είναι αυτή που θα δηλωθεί από τον συμβαλλόμενο. Με την αποστολή των εγγράφων σε αυτή τη διεύθυνση, η ευθύνη περί προστασίας προσωπικών δεδομένων Ν.2472/1997, ανήκει αποκλειστικά στον συμβαλλόμενο.
6. Αποδέχομαι να επικοινωνεί η Εταιρεία μαζί μου στην ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) ή/και στον αριθμό κινητού ή σταθερού τηλεφώνου που έχω δηλώσει, προκειμένου να με ενημερώνει τόσο για θέματα που αφορούν στο παρόν αιτούμενο ασφαλιστήριο όσο και για τις προωθητικές ενέργειες/ενημερώσεις της Εταιρείας, που πιθανώς με αφορούν.
7. Το ασφαλιστήριο θα είναι τυπωμένο μόνο στην ελληνική γλώσσα, το εφαρμοστέο Δίκαιο θα είναι μόνο το ελληνικό και τα αρμόδια Δικαστήρια για την επίλυση οποιασδήποτε διαφοράς θα είναι τα δικαστήρια της Αθήνας, που αποτελεί έδρα της AXA Ασφαλιστικής Α.Ε.

## 16 ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

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 κατωτέρω από την Εταιρεία AXA 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 ασφαλιστήριου,
- 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 (ασφαλίσματος),
- 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, μέρη.

### 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/περιουσιακή κατάσταση, επενδυτικούς/αποταμιευτικούς στόχους, δεδομένα υγείας, δεδομένα για οδηγική συμπεριφορά)

**ε. Δεδομένα Διακανονισμού:** δεδομένα απαραίτητα για τη διαχείριση των απαιτήσεων από ασφάλιση που εμπιρεύονται 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 (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,

**δ.** 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,

**ε.** 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 ανωτέρω 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 ανεπικαιρων 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/epikoionia/contact/>, είτε αποστέλλοντας e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση [compliance.dataprotection@axa.gr](mailto: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](http://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 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](mailto:compliance.dataprotection@axa.gr) ή fax στο +30 210 726 8810, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Μιχαλακοπούλου 48, 115 28 Αθήνα, υπόψιν 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 άποψης 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 ξεπλύματος 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 εταιρείες 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 εταιρίας με τον τρόπο που περιγράφεται στην ανωτέρω παρ. 6 «Δικαιώματα υποκειμένου δεδομένων».

Έχω ενημερωθεί σχετικά με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από την AXA Ασφαλιστική και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για τη συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση προσωπικών μου δεδομένων, καθώς και για την περίπτωση αυτοματοποιημένης επεξεργασίας δεδομένων από την Εταιρεία.

Συμβαλλόμενος

Ασφαλισμένος 1:

Ασφαλισμένος 2:

Ασφαλισμένος 3:

Ασφαλισμένος 4:

Ο συμβαλλόμενος ενημερώθηκα ρητώς για την επεξεργασία δεδομένων μου για σκοπούς marketing και εμπορικής προώθησης προϊόντων/ υπηρεσιών της AXA Ασφαλιστικής και

Συναινώ  Δεν συναινώ

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Υπογραφή Ασφαλισμένου 1 \_\_\_\_\_

Υπογραφή Ασφαλισμένου 2 \_\_\_\_\_

Υπογραφή Ασφαλισμένου 3 \_\_\_\_\_

Υπογραφή Ασφαλισμένου 4 \_\_\_\_\_

Υπογραφή Συμβαλλόμενου \_\_\_\_\_

(Εφόσον διάφορος του Ασφαλιζόμενου)

**Υπογράφουν όσοι ασφαλιζόμενοι είναι άνω των 18 ετών.**

Υπογραφή Εξουσιοδοτημένου \_\_\_\_\_

Ασφαλιστικού Συνεργάτη