



MyAXA Check-In Έντυπο δηλώσεων ασφαλισμένου



Παρακαλούμε να συμπληρωθεί από τον ασφαλισμένο, ο οποίος πρόκειται να νοσηλευθεί. Υπενθυμίζουμε ότι η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική. Το έντυπο αυτό, συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο, μαζί με την ιατρική γνωμάτευση του θεράποντα γιατρού και το υπογεγραμμένο έντυπο συγκατάθεσης για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων, θα πρέπει να αποσταλούν στην ηλεκτρονική διεύθυνση Check-in@axa.gr ή εναλλακτικά μέσω fax στο +30 210 94 28 650, τουλάχιστον 3 εργάσιμες ημέρες πριν από την προγραμματισμένη νοσηλεία.

1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ο οποίος πρόκειται να νοσηλευθεί)

Επώνυμο*: Αριθμός ασφαλιστηρίου*:
Όνομα*: Διεύθυνση επικοινωνίας*:
Πατρώνυμο: Κινητό τηλέφωνο επικοινωνίας*:
Ημ. Γέννησης*: Σταθερό τηλέφωνο επικοινωνίας:
Α.Φ.Μ.*: E-mail επικοινωνίας*:
(σε περίπτωση ανηλίκου, συμπληρώνεται το ΑΦΜ κηδεμόνα)

*Υποχρεωτικά πεδία

2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Δηλώστε εάν υπάρχει επιπρόσθετος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός):

ΕΟΠΥΥ

Άλλη Ασφάλιση:

Δηλώστε το Νοσηλευτήριο στο οποίο θα νοσηλευτείτε καθώς και την ημερομηνία της προγραμματισμένης εισαγωγής σας:

Συμπληρώστε τα στοιχεία επικοινωνίας του θεράποντα γιατρού με την επίβλεψη του οποίου έχει προγραμματιστεί να εισαχθείτε στο νοσηλευτήριο:

Επώνυμο: Όνομα:

Ειδικότητα:

Τηλέφωνα επικοινωνίας: Σταθερό: Κινητό:

Περιγράψτε τα κυριότερα συμπτώματα της ασθένειας/πάθησης και πότε πρωτοεμφανίστηκαν (προσδιορίστε την ημερομηνία με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια)

Από πότε διαγνωστήκατε για πρώτη φορά για την συγκεκριμένη ασθένεια/πάθηση;

Ποιος είναι ο λόγος για τον οποίο προγραμματίστηκε να νοσηλευτείτε;

Η δηλωθείσα ασθένεια/πάθηση οφείλεται σε ατύχημα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν απαντήσατε Ναι στην προηγούμενη ερώτηση, δηλώστε την ημερομηνία και τις συνθήκες του ατυχήματος:

Έχετε υποβληθεί στο παρελθόν σε οποιαδήποτε εξέταση (διαγνωστική ή απεικονιστική) για τη διάγνωση ή/και παρακολούθηση αυτής της ασθένειας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν απαντήσατε «Ναι» στην προηγούμενη ερώτηση, παρακαλούμε να αναφέρετε ποιες εξετάσεις έχετε πραγματοποιήσει και πότε:

Εξέταση: _____ Ημερομηνία: _____

Εξέταση: _____ Ημερομηνία: _____

Εξέταση: _____ Ημερομηνία: _____

Παρακαλούμε να επισυνάψετε τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, τις γνωματεύσεις/πορίσματα των απεικονιστικών εξετάσεων:

Εξέταση: _____ Ημερομηνία: _____

Εξέταση: _____ Ημερομηνία: _____

Εξέταση: _____ Ημερομηνία: _____

3 ΔΗΛΩΣΕΙΣ

Για την ενεργοποίηση της υπηρεσίας MyAXA Check-In και την έκδοση βεβαίωσης κάλυψης, αποδέχομαι και εξουσιοδοτώ την AXA Ασφαλιστική Α.Ε. και τις εξουσιοδοτημένες εταιρείες οι οποίες λειτουργούν για λογαριασμό της (MedNet Ελλάς Α.Ε., AXA Assistance Ελλάς Α.Ε.) να:

- Διαχειρίζονται, εξετάζουν και διαβιβάζουν τις ιατρικές πληροφορίες τις οποίες παρέχω με το παρόν έντυπο και τα συνοδευτικά αυτού έγγραφα/ δικαιολογητικά καθώς και όποια άλλη ιατρική πληροφορία ζητηθεί από εμένα, σε συνεργαζόμενους γιατρούς, με σκοπό την εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης και τη διαχείριση του αιτήματός μου για νοσηλεία.
- Κοινοποιούν στο συμβεβλημένο νοσηλευτήριο στο οποίο έχει προγραμματιστεί η εισαγωγή μου τη βεβαίωση κάλυψης, σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα Νομοθεσία περί Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Υπεύθυνα δηλώνω ότι όλα τα ιατρικά στοιχεία που παρέχω με το παρόν έντυπο είναι πλήρη, ακριβή και αληθινά. Αντιλαμβάνομαι ότι οι δηλώσεις του παρόντος και η ιατρική γνωμάτευση του θεράποντα γιατρού μου, θα αποτελέσουν τη βάση για την εκτίμηση της ασφαλιστικής περίπτωσης μου, σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου υγείας που κατέχω.

Εάν ο ασφαλισμένος είναι κάτω των 18 ετών, το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρώνεται και να υπογράφεται από το γονέα ή νόμιμο κηδεμόνα.

Έχω ενημερώσει τον θεράποντα γιατρό μου για τη διαβίβαση των στοιχείων επικοινωνίας του στην AXA Ασφαλιστική Α.Ε. και τις συνεργαζόμενες με αυτή εταιρείες. ΝΑΙ ΟΧΙ*

Υπογραφή ενήλικου ασφαλισμένου
ή γονέα/ νόμιμου κηδεμόνα

Ημερομηνία

*Σε περίπτωση μη ενημέρωσης του θεράποντα γιατρού σας, ενδέχεται να μην είμαστε σε θέση να ολοκληρώσουμε τη διαδικασία MyAXA Check-In.

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος _____, του _____
και της _____ κάτοικος _____ οδός _____ αρ. _____,
με ΑΦΜ _____, δηλώνω υπεύθυνα ότι εξουσιοδοτώ την Εταιρεία AXA Ασφαλιστική και τη συνεργαζόμενη με αυτή
εταιρία AXA ASSISTANCE S.A. να λάβει από τον θεράποντα γιατρό μου κ. _____
κάθε πληροφορία που κρίνει απαραίτητη για τη διαχείριση της επικείμενης νοσηλείας μου.

Τόπος

Ημερομηνία

Ο εξουσιοδοτών

4 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 παρακάτω 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. 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 (ασφαλίματος).
- β. Στην ικανοποίηση των υποχρεώσεων της Εταιρείας όπως αυτές απορρέουν από τις εσωτερικές πολιτικές που έχει υιοθετήσει η ίδια και αφορούν την πρόληψη και καταστολή της νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και της χρηματοδότησης της τρομοκρατίας, μέσω αυτοματοποιημένων διαδικασιών ελέγχου με βάση τους Καταλόγους Οικονομικών Κυρώσεων της Ε.Ε., του Ο.Η.Ε., των Η.Π.Α. της Γαλλίας και του Ηνωμένου Βασιλείου.
- 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. δεδομένα υγείας, που αφορούν είτε το προς διαχείριση περιστατικό, είτε προγενέστερα περιστατικά που σχετίζονται με αυτό).
- ε. **Δεδομένα Διακανονισμού:** δεδομένα απαραίτητα για τη διαχείριση των απαιτήσεων από ασφάλιση που εμπεριέχονται στην αίτηση καταβολής αποζημίωσης 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 στον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή που εξυπηρετεί την ασφαλιστική σας σύμβαση, παρόχους υπηρεσιών υγείας, φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, υπηρεσιών βοήθειας, υπηρεσιών τηλεφωνικής εξυπηρέτησης πελατών, δικηγόρους, ερευνητές ή πραγματογνώμονες, εταιρείες διαχείρισης ασφαλιστικών περιπτώσεων υγείας (αποζημιώσεων).
- 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 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, 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. 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 παραπάνω παρ. 5 «Χρόνος Επεξεργασίας».

Επιπλέον, ενημερώθηκα για τα παρακάτω δικαιώματά μου, όπως αυτά ισχύουν υπό τις προϋποθέσεις που ορίζονται στον 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 ελλিপών 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 παραπάνω 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 (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115-23) είτε ηλεκτρονικά (www.dpa.gr). Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερόμενων δικαιωμάτων, η Εταιρεία θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή του εντός 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

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.

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

Έχω ενημερωθεί για την παραπάνω 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.

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ημερομηνία

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