



## ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΖΩΗΣ & ΥΓΕΙΑΣ

Συνεργάτης: \_\_\_\_\_ Αριθμός ασφαλιστηρίου: \_\_\_\_\_

### 1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία γέννησης: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση επικοινωνίας: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο επικοινωνίας: \_\_\_\_\_ Κινητό \_\_\_\_\_

Τράπεζα: \_\_\_\_\_ IBAN\*: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Α.Φ.Μ.: \_\_\_\_\_

Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

Άλλη ασφαλιστική από την οποία έλαβα αποζημίωση: \_\_\_\_\_

### 2 ΑΤΥΧΗΜΑ

Ημερομηνία και ώρα ατυχήματος: \_\_\_\_\_

Περιγραφή ατυχήματος: \_\_\_\_\_

Τόπος ατυχήματος: \_\_\_\_\_

Συνέπειες ατυχήματος: \_\_\_\_\_

Νοσοκομείο ή κλινική που πραγματοποιήθηκε η νοσηλεία: \_\_\_\_\_

Διάστημα νοσηλείας: Από: \_\_\_\_\_ Έως: \_\_\_\_\_

### 3 ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Περιγραφή ασθένειας: \_\_\_\_\_

Νοσοκομείο ή κλινική που πραγματοποιήθηκε η νοσηλεία: \_\_\_\_\_

Διάστημα νοσηλείας: Από: \_\_\_\_\_ Έως: \_\_\_\_\_

### 4 ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Ιατρική γνωμάτευση: \_\_\_\_\_

Απεικονιστικές και διαγνωστικές εξετάσεις: \_\_\_\_\_

Εισιτήριο - εξιτήριο: \_\_\_\_\_

Πρωτότυπες αποδείξεις παροχής υπηρεσιών νοσοκομείου ή ιατρών: \_\_\_\_\_

Αποδείξεις και κουπόνια φαρμάκων: \_\_\_\_\_

Έκθεση αστυνομίας: \_\_\_\_\_

Ιστορικό νοσηλείας: \_\_\_\_\_

\* Η συμπλήρωση του IBAN είναι υποχρεωτική. Επιπλέον, θα πρέπει να αποστέλεται αντίγραφο του λογαριασμού που να πιστοποιεί ότι είστε δικαιούχος του τραπεζικού λογαριασμού, ώστε σε περίπτωση αποζημίωσης, το ποσό να κατατεθεί στον τραπεζικό σας λογαριασμό. Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος είναι ανήλικος, παρακαλούμε συμπληρώστε το IBAN του νομίμου εκπροσώπου του ανήλικου.

**Σημείωση:** Η παρούσα αναγγελία υπογράφεται από τον Ασφαλισμένο και αποστέλεται μαζί με τα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά εντός 8 ημερών, στη διεύθυνση: Μιχαλακοπούλου 48, 115 28 Αθήνα, υπόψη Τμήματος Αποζημιώσεων Ατομικών συμβολαίων Ζωής & Υγείας.

Ο/ Η κάτωθι υπογράφων/ουσα δηλώνω ότι ενημερώθηκα για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα στο πλαίσιο των σκοπών που ορίζονται κατωτέρω και παρέχω, σύμφωνα με τις διατάξεις των/ ου άρθρων/ου 6 για τα απλά δεδομένα και 9 για τις ειδικές κατηγορίες δεδομένων του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων (ΓΚΠΔ, Κανονισμός (ΕΕ) 2016/ 679) τη ρητή συγκατάθεσή μου στην Εταιρεία και αποδέχομαι τη συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση δεδομένων μου για την εξυπηρέτηση των σκοπών που ορίζονται κατωτέρω. Η Εταιρεία τηρεί τον Κώδικα Δεοντολογίας της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ) για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από ασφαλιστικές εταιρίες, ο οποίος θεσπίστηκε με βάση το άρθρο 40 του ΓΚΠΔ, όπως αυτός εκάστοτε θα ισχύει.

**1. Σκοποί**

Οι σκοποί για τους οποίους γίνεται επεξεργασία δεδομένων, συνίστανται στους εξής:

Αρ.	Σκοπός	Νομική Βάση
1	Διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης κατά τη διάρκεια ισχύος της, έλεγχος και διακανονισμός της αποζημίωσης σε περίπτωση επέλευσης του κινδύνου ή και η καταβολή του προβλεπόμενου στους όρους ποσού (ασφαλίσματος).	Εκτέλεση της σύμβασης. Επεξεργασίες δεδομένων που σχετίζονται με το διακανονισμό αποζημιώσεων έχουν κατά περίπτωση ως νομική βάση την ισχύουσα νομοθεσία, την υποστήριξη νομικών αξιώσεων της Εταιρείας ή και τη συγκατάθεση που έχω παράσχει με το παρόν.
2	Συμμόρφωση της Εταιρείας με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το εκάστοτε ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο και στην αποφυγή και καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης.	Συμμόρφωση προς έννομες υποχρεώσεις.
3	Ικανοποίηση των υποχρεώσεων της Εταιρείας όπως αυτές απορρέουν από τις εσωτερικές πολιτικές που έχει υιοθετήσει η ίδια και αφορούν την καταπολέμηση της δωροδοκίας και την πρόληψη & 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.	Συμμόρφωση προς έννομες υποχρεώσεις.
4	Διεξαγωγή ερευνών που δύναται η Εταιρεία να πραγματοποιήσει (i) σε σχέση με άλλες, παρελθούσες ή μελλοντικές, αιτήσεις ασφάλισης ή αιτήσεις αποζημιώσεων στο πλαίσιο της περιστολής της ασφαλιστικής απάτης και (ii) για τη διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των πελατών από την ποιότητα των υπηρεσιών της Εταιρείας.	Έννομο συμφέρον της Εταιρείας να: (i) περιορίζει φαινόμενα ασφαλιστικής απάτης εξαπάτησης προς όφελος της αριθμητικά υπέρτερης κοινωνίας των καλόπιστων ασφαλισμένων και σε τελική ανάλυση της ασφαλιστικής πίστης γενικά και να (ii) αναλύει το βαθμό ικανοποίησης των πελατών της.

**2. Πηγή πληροφόρησης**

Η Εταιρεία αναζητεί και συλλέγει για την εκπλήρωση αποκλειστικά των σκοπών που ορίζονται στην παρ. 1 του παρόντος, προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στην αίτηση ασφάλισης, στα συνοδευτικά αυτής έγγραφα και δικαιολογητικά, καθώς και όσα δεδομένα έχουν γνωστοποιηθεί ή θα γνωστοποιηθούν στο μέλλον από εμένα στην Εταιρεία είτε προφορικά είτε με οποιοδήποτε άλλο μέσο, έγγραφο ή ηλεκτρονικό, μέσω των υπαλλήλων της και τρίτων, συνεργαζόμενων ή μη μερών, όπως ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιατροί και πραγματογνώμονες.

**3. Είδη δεδομένων προς επεξεργασία**

Η επεξεργασία δεδομένων 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 Διακανονισμού και Ασφάλισης: Δεδομένα απαραίτητα για την εκτίμηση, έλεγχο, σύναψη και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, όπως είναι δεδομένα σε σχέση με την οικονομική/ περιουσιακή κατάσταση, πληροφορίες υγείας κ.α. ή δεδομένα απαραίτητα για τη διαχείριση των απαιτήσεων από ασφάλιση που περιέχονται στην αίτηση καταβολής αποζημίωσης ή ασφαλίσματος ή σε συνοδευτικά αυτών έγγραφα/ δικαιολογητικά ή άλλα παρεμφερή έντυπα.

**4. Αποδέκτες**

Δεδομένα 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, 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 για χρονικό διάστημα μέχρι είκοσι (20) έτη από τη λήξη της ασφαλιστικής σύμβασης, εκτός εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας και μέχρι τη περαίωσή της με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

## 6. Δικαιώματα υποκειμένου δεδομένων

Έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω ανά πάσα στιγμή τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, αναγνωρίζοντας ότι στην περίπτωση αυτή, δεδομένου ότι η εν λόγω επεξεργασία 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 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, έχω τα παρακάτω δικαιώματα, 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, και συγκεκριμένα:

- Δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, που με αφορούν και τα οποία διαθέτει και επεξεργάζεται η Εταιρεία.
- Δικαίωμα διόρθωσης ανακριβών ή ανεπικαιρών δεδομένων, που με αφορούν, ή συμπλήρωσης ελλειπών δεδομένων.
- Δικαίωμα στη λήθη, αναφορικά με τα προσωπικά μου δεδομένα, εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επίδιξη των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεγεί.
- Δικαίωμα περιορισμού της χρήσης δεδομένων, που με αφορούν, σε περίπτωση που αμφισβητείται η ακρίβειά τους.
- Δικαίωμα λήψης των δεδομένων, που έχουν παρασχεθεί από εμένα, 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 δύναμαι να απευθυνθώ εγγράφως στην αρμόδια Διεύθυνση/ Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων 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 δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, που με αφορούν, 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, που με αφορούν, 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 την αποφυγή ασφαλιστικής εξαπάτησης και για τη συμμόρφωσή της με υποχρεώσεις που απορρέουν από τη νομοθεσία για την αποφυγή του ξεπλύματος χρήματος και την αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με χρηματοοικονομικούς λογαριασμούς.

Σε περίπτωση αμφισβήτησης της απόφασης που ελήφθη αποκλειστικά βάσει της αυτοματοποιημένης διαδικασίας, δικαιούμαι να ζητήσω τη μεταβολή του σχετικού αποτελέσματος.

Δικαιούμαι, επίσης να διατυπώνω την άποψή μου επί απόφασης που ελήφθη βάσει της ως άνω διαδικασίας, να ενημερώνομαι για την αιτιολογία αυτής και να αμφισβητώ το περιεχόμενό της. Για την άσκηση όλων των προαναφερόμενων δικαιωμάτων μου, απευθύνομαι στο αρμόδιο Τμήμα/ Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (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, υπόψη του αρμόδιου Τμήματος/ Υπεύθυνου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων της Εταιρείας). Η Εταιρεία λαμβάνει όλα τα μέτρα που απαιτούνται δυνάμει του Γενικού Κανονισμού κατά τη λήψη απόφασης βάσει αυτοματοποιημένης επεξεργασίας, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ, τα μέτρα δε αυτά αφορούν ειδικότερα την εξασφάλιση ανθρώπινης παρέμβασης, ως ανωτέρω, τη χρήση κατάλληλων στατιστικών ή μαθηματικών διαδικασιών και την εφαρμογή τεχνικών και οργανωτικών μέτρων προκειμένου για τη διόρθωση παραγόντων που οδηγούν σε ανακρίβειες ως και την ελαχιστοποίηση του κινδύνου σφαλμάτων κατά την εκπονούμενη επεξεργασία.

## 9. Επεξεργασία δεδομένων παιδιών

Ενημερώθηκα ότι για ανήλικους κάτω των 15 ετών ή άλλου εκ του νόμου ηλικιακού ορίου, οι οποίοι συμμετέχουν στην ασφάλιση με την ιδιότητα του ασφαλισμένου ή και δικαιούχου, η επεξεργασία είναι σύννομη μόνο εάν η συγκατάθεση παρέχεται ή εγκρίνεται από το πρόσωπο που έχει τη γονική μέριμνα του ανηλίκου. Ενημερώθηκα επίσης ότι ο ανήλικος θα πρέπει να δώσει αυτοπροσώπως τη συγκατάθεσή του όταν συμπληρώσει το 15ο έτος της ηλικίας του ή την εκάστοτε εκ του νόμου προβλεπόμενη ηλικία.

Έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων δεδομένων ειδικών κατηγοριών όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο και δηλώνω ότι:  Συναινών  ΔΕΝ Συναινών

#### 10. Δήλωση ενημέρωσης και συγκατάθεσης ειδικά για σκοπούς marketing

Ενημερώθηκα ρητώς, ότι η Εταιρεία θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Εταιρείας ή άλλων εταιριών του ομίλου.

Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας, έχω το δικαίωμα να εναντιθώ ανά πάσα στιγμή σε αυτή και να ανακαλέσω τη συγκατάθεση μου, μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην 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 του αρμόδιου Τμήματος/ Υπεύθυνου για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της Εταιρείας).

Έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων για σκοπούς marketing, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο και δηλώνω ότι:  Συναινώ  ΔΕΝ Συναινώ

**Δηλώνω και αποδέχομαι ότι τα στοιχεία της παρούσας αναγγελίας είναι πλήρη και αληθινά.**

Υπογραφή αιτούντος/ασφαλισμένου\*\*\*: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία\*\*\*: \_\_\_\_\_

**Σημείωση:** Η συμπλήρωση όλων των παραπάνω πεδίων (\*\*), (\*\*\*) είναι υποχρεωτική.

(\*\*\*) Σε περίπτωση όπου ο ασφαλισμένος είναι κάτω των 18 ετών, η αίτηση υπογράφεται από τον κηδεμόνα/κυρίως ασφαλισμένο.