

Αίτηση Ένταξης σε Ομαδική Ασφάλιση Ζωής & Υγείας

Προς την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε.

Στοιχεία Ασφαλισμένου

Επώνυμο	Όνομα		
Όνομα Πατέρα	Ημ/νία Γέννησης (ηη/μμ/εε)	Φύλο (Α/Θ)	Α.Δ. Ταυτότητας
Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.	Υπηκοότητα	Χώρα Γέννησης
Δ/ση Κατοικίας (Οδός, Αριθμός, Τ.Κ. Πόλη, Νομός)			
Τηλέφωνο Οικίας	Κινητό Τηλέφωνο	Διεύθυνση E-mail	
Αριθμός Λογαριασμού Τραπέζης (IBAN):			Τράπεζα

Στοιχεία Εξαρτωμένων μελών που επιλέγονται να συνασφαλισθούν

α/α	Ονοματεπώνυμο	Σχέση	Ημ. γέννησης
1		Σύζυγος	
2		1° Παιδί	
3		2° Παιδί	
4		3° Παιδί	
5		4° Παιδί	

Ερωτήματα προς τους ασφαλισμένους

	Εργαζόμενος	Σύζυγος	1° Παιδί	2° Παιδί	3° Παιδί
Ύψος					
Βάρος					
Αναφέρετε αν οποιοδήποτε από τα ασφαλισμένα πρόσωπα (και ποιο) έχει κάποιο πρόβλημα με την υγεία του ή τη σωματική του ακεραιότητα.					
Αναφέρετε τα φάρμακα που τυχόν παίρνει οποιοδήποτε από τα ασφαλισμένα πρόσωπα (και ποιο) και για ποια αιτία.					
Αν οποιοδήποτε από τα ασφαλισμένα πρόσωπα (και ποιο) έχει νοσηλευθεί στο παρελθόν (τα τελευταία 5 χρόνια), αναφέρετε αναλυτικά το πότε, σε ποιο Νοσηλευτικό ίδρυμα, Αιτίες Εισαγωγής, Θεραπείες και Διάγνωση Εξόδου.					

Στοιχεία Δικαιούχων σε περίπτωση θανάτου

α/α	Ονοματεπώνυμο	% Κεφαλαίου	Ημ. γέννησης
1			
2			
3			
4			
5			

Ενημέρωση για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων που παρέχονται στο παρόν έντυπο

Υπεύθυνος Επεξεργασίας: Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία, Λ. Αθηνών 110, Κτίριο Γ', 104 42 Αθήνα, τηλ. 2106905500

Στοιχεία Επικοινωνίας Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων: τηλ. 2106999999, email: customercontact@allianz.gr

Σκοπός Επεξεργασίας:

- Οποιαδήποτε επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων καθώς και των προσωπικών δεδομένων τυχόν εξαρτημένων από εσάς προσώπων (κατόπιν δικής σας δήλωσης) διεξάγεται αποκλειστικά για την ένταξη σας στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο (εφεξής «Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο») που έχει συνάψει μαζί μας ο Συμβαλλόμενος μας (π.χ. Εργοδότης, Σύλλογος), εφεξής «Συμβαλλόμενος» καθώς και για την εκτέλεση, τη διαχείριση και την εν γένει εξυπηρέτηση, παρακολούθηση και υποστήριξη του ανωτέρω Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.

- Εμπορική επικοινωνία, προωθητικές ενέργειες, έρευνες ικανοποίησης πελατών και επιστημονική επικοινωνία, με την παροχή συγκατάθεσής σας στο παρόν έντυπο.

- Συμμόρφωση της εταιρείας μας με τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τη νομοθεσία.

- Νόμιμα συμφέροντα της εταιρείας μας, όπως για λόγους πρόληψης και ανίχνευσης περιπτώσεων απάτης.

Αποδέκτες Δεδομένων:

- Ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας: Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία.

- Φυσικά ή Νομικά Πρόσωπα, τα οποία εκτελούν επεξεργασία προσωπικών δεδομένων για την εκπλήρωση των ανωτέρω σκοπών επεξεργασίας (ένταξη στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, εξυπηρέτηση σας, κλπ.), παρέχοντας τα απαιτούμενα εγγύγια για τη σύννομη επεξεργασία τους.

- Δημόσιες Αρχές, Υπηρεσίες και Οργανισμοί στο πλαίσιο εκπλήρωσης των σχετικών νόμιμων υποχρεώσεων του Υπευθύνου Επεξεργασίας.

- Εταιρείες του Ομίλου Allianz, και σε περίπτωση μεταφοράς εκτός Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, βάσει νομίμως εγκεκριμένων Δεσμευτικών Εταιρικών Κανόνων.

- Ο Συμβαλλόμενος, στο πλαίσιο εκπλήρωσης των όρων του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.

Χρονικό Διάστημα Διατήρησης: Το απαιτούμενο για την εκτέλεση και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, τη συμπλήρωση του νόμιμου χρόνου παραγραφής σχετικών αξιώσεων και τη συμμόρφωση με νόμιμες υποχρεώσεις της εταιρείας μας.

Δικαιώματα που αφορούν τα προσωπικά δεδομένα: Σύμφωνα με το νόμο έχετε τα δικαιώματα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, φορητότητας δεδομένων, περιορισμού και εναντίωσης στην επεξεργασία, για τα προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν και μπορείτε να τα ασκήσετε υποβάλλοντας σχετικό αίτημα στην εταιρεία μας. Παρακαλούμε τα αιτήματά σας να υποβάλλονται εγγράφως.

Ανάκληση συγκατάθεσης: Μπορεί να λάβει χώρα οποτεδήποτε. Ειδικότερα για την επεξεργασία δεδομένων υγείας, η ανάκληση της συγκατάθεσής σας ενδεχομένως και κατά περίπτωση να συνεπάγεται την αδυναμία της Allianz να σας παρέχει τις καλύψεις και τις υπηρεσίες που προβλέπονται στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο, δεδομένου ότι πλέον δε θα νομιμοποιούμαστε να επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα που είναι αναγκαία για να σας παρέχουμε τις εν λόγω υπηρεσίες και καλύψεις. Η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν επηρεάζει τη νομιμότητα προηγούμενων πράξεων επεξεργασίας.

Ενημέρωση για αυτοματοποιημένη λήψη απόφασης και κατάρτισης προφίλ: Χρησιμοποιούμε την αυτοματοποίηση στις εργασίες μας ιδίως στην ανάλυση κινδύνου για τις ασφαλίσεις ατυχημάτων και τις ασφαλίσεις υγείας, πάντοτε υπό την εποπτεία του υπεύθυνου υπαλλήλου.

Ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων: Εφαρμόζουμε σύγχρονα και κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για την επίτευξη υψηλού επιπέδου ασφάλειας κατά την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων, τα οποία ελέγχουμε ανά τακτά χρονικά διαστήματα για την εξασφάλιση της επάρκειας και της αποτελεσματικής λειτουργίας αυτών. Σας ενημερώνουμε ότι σε περίπτωση περιστατικού απώλειας των προσωπικών δεδομένων σας, θα σας ενημερώσουμε, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία.

Σας ενημερώνουμε ότι σε περίπτωση κάποιου παραπόνου σχετικά με την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων έχετε δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην αρμόδια εποπτική αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Η παρούσα ενημέρωση παρέχεται σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων και κάθε συναφή εθνική νομοθεσία.

Συγκαταθέσεις για την Επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων

Επεξεργασία ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (δεδομένα υγείας)

Εμείς, η Allianz Ελλάς Α.Α.Ε., χρειαζόμαστε τη συγκατάθεσή σας για να συλλέξουμε και να επεξεργαστούμε δεδομένα υγείας και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν τόσο εσάς όσο και τα ενήλικα και ανήλικα εξαρτώμενα από εσάς μέλη για την ένταξη σας στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο και για την εκτέλεση, τη διαχείριση και την εν γένει εξυπηρέτηση του ανωτέρω Συμβολαίου, συμπεριλαμβανομένου του ελέγχου, της εκτίμησης και του διακανονισμού αιτημάτων αποζημίωσης. Εάν συμφωνείτε, τα δεδομένα σας και τα δεδομένα εξαρτημένων από εσάς μελών θα υποβληθούν σε επεξεργασία για τους ανωτέρω αναφερόμενους σκοπούς. Μπορείτε να υποδείξετε τη συγκατάθεσή σας με την συμπλήρωση του αντίστοιχου τετραγώνου. Σε αντίθετη περίπτωση, δυστυχώς, δεν θα μπορούμε να σας παράσχουμε τις ασφαλιστικές καλύψεις και υπηρεσίες που προβλέπει το Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο που έχει συνάψει μαζί μας ο Συμβαλλόμενος.

Κατανοώ, συμφωνώ και παρέχω την συγκατάθεσή μου με την συμπλήρωση του αντίστοιχου τετραγώνου:

1. Άδεια συλλογής, αποθήκευσης και χρήσης δεδομένων υγείας. Μπορείτε να συλλέξετε, να αποθηκεύσετε και να επεξεργαστείτε τα δεδομένα υγείας και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν τόσο εμένα όσο και τυχόν ανήλικα εξαρτώμενα από εμένα μέλη τα οποία καλύπτονται από την ασφάλιση και τα οποία περιλαμβάνονται στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο ή δεδομένα που πρόκειται να συλλεχθούν από την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. για την διαχείριση και την εξυπηρέτηση του ανωτέρω Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης τυχόν αιτημάτων αποζημίωσης.

2. Άδεια συλλογής δεδομένων από τρίτους. Μπορείτε να συλλέξετε τα δεδομένα υγείας και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν τόσο εμένα όσο και τυχόν ανήλικα εξαρτώμενα από εμένα μέλη, τα οποία θα ενταχθούν ή έχουν ήδη ενταχθεί στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, αποκλειστικά και μόνο για τη διαχείριση και την εξυπηρέτηση του ανωτέρω Συμβολαίου, από τον Συμβαλλόμενο, από συνεργαζόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα, όπως ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα, νοσηλευτικά ιδρύματα, φορείς κοινωνικής ασφάλισης, επαγγελματικές ενώσεις, φορείς παροχής ή/και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας και δημόσιες αρχές, στο βαθμό που αυτό δεν αντίκειται στην ισχύουσα νομοθεσία.

3. Άδεια διαμοιρασμού των δεδομένων μου εκτός της Allianz Ελλάς Α.Α.Ε.. Μπορείτε να διαμοιράζετε τα δεδομένα υγείας και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν τόσο εμένα όσο και τυχόν ανήλικα εξαρτώμενα από εμένα μέλη στο πλαίσιο εξυπηρέτησης του ανωτέρω Ομαδικού ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, με τον Συμβαλλόμενο, σε εκτέλεση των όρων του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, με συνεργαζόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα για να τα επεξεργαστούν στον ίδιο βαθμό και για τους ίδιους σκοπούς με την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε., όπως αναφέρονται κατωτέρω:

- Διαμοιρασμός με τρίτους που παρέχουν υπηρεσίες στην Allianz Ελλάς Α.Α.Ε., και εκτελούν ορισμένες υπηρεσίες για λογαριασμό της, όπως αξιολόγηση κινδύνου, εκτίμηση ζημιάς, παροχή νομικών συμβουλών/υπηρεσιών κλπ.

- Διαμοιρασμός με αντισταθμιστές, για την διαχείριση της κάλυψης του ασφαλιστικού κινδύνου, και τη διαχείριση αιτημάτων αποζημίωσης.

Κατανοώ ότι η Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. έχει δεσμεύσει τους ανωτέρω συνεργάτες της με κατάλληλες συμβατικές ρήτρες για την προστασία των προσωπικών μου δεδομένων.

Κυρίως Ασφαλισμένος (και εκ μέρους ανηλικών εξαρτώμενων μελών)	Εξαρτώμενο Μέλος (Σύζυγος)	Εξαρτώμενο Μέλος (Ενήλικο Τέκνο)	Εξαρτώμενο Μέλος (Ενήλικο Τέκνο)
☐ Ναι παρέχω τη συγκατάθεσή μου	☐ Ναι παρέχω τη συγκατάθεσή μου	☐ Ναι παρέχω τη συγκατάθεσή μου	☐ Ναι παρέχω τη συγκατάθεσή μου
☐ Όχι δεν παρέχω τη συγκατάθεσή μου	☐ Όχι δεν παρέχω τη συγκατάθεσή μου	☐ Όχι δεν παρέχω τη συγκατάθεσή μου	☐ Όχι δεν παρέχω τη συγκατάθεσή μου

Υπογραφή & Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή & Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή & Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή & Ονοματεπώνυμο

Σκοπός εμπορικής επικοινωνίας και προωθητικών ενεργειών

Παρέχω την συγκατάθεσή μου για την λήψη υλικού εμπορικής επικοινωνίας και επιτρέπω τη συμμετοχή μου σε προωθητικές ενέργειες, της Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. ή του Ομίλου Allianz, σχετικά με προϊόντα και υπηρεσίες.

Συμφωνώ ότι μπορείτε να συλλέξετε, να επεξεργαστείτε και να γνωστοποιήσετε τα προσωπικά μου δεδομένα σε συνεργαζόμενες εταιρείες που συνδέονται άμεσα με αυτή την επεξεργασία, κατανοώ ότι τα προσωπικά μου δεδομένα θα υποβληθούν σε επεξεργασία μόνο για τους προαναφερόμενους σκοπούς, με τους οποίους ρητά συμφωνώ και παρέχω τη συγκατάθεσή μου με τη συμπλήρωση του αντίστοιχου τετραγώνου.

☐ Ναι παρέχω τη συγκατάθεσή μου

☐ Όχι δεν παρέχω τη συγκατάθεσή μου

Σκοπός συμμετοχής σε έρευνες ικανοποίησης πελατών και επιστημονικές έρευνες

Παρέχω την συγκατάθεσή μου και επιτρέπω τη συμμετοχή μου σε έρευνες ικανοποίησης πελατών και επιστημονικές έρευνες που αφορούν την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. ή τον Όμιλο Allianz.

Συμφωνώ ότι μπορείτε να συλλέξετε, να επεξεργαστείτε και να γνωστοποιήσετε τα προσωπικά μου δεδομένα σε συνεργαζόμενες εταιρείες που συνδέονται άμεσα με αυτήν την επεξεργασία, κατανοώ ότι τα προσωπικά μου δεδομένα θα υποβληθούν σε επεξεργασία μόνο για τους προαναφερόμενους σκοπούς, με τους οποίους ρητά συμφωνώ και παρέχω τη συγκατάθεσή μου με τη συμπλήρωση του αντίστοιχου τετραγώνου.

☐

Ναι παρέχω τη συγκατάθεσή μου

☐

Όχι δεν παρέχω τη συγκατάθεσή μου

Εάν επιθυμείτε την ανάκληση της συγκατάθεσής σας σε κάποιο από τα ως άνω στοιχεία, μπορείτε να αποστείλετε σχετικό αίτημά στο e-mail: customercontact@allianz.gr. Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε με το τηλέφωνο 2106999999. Η ανάκληση της συναίνεσης γίνεται εγγράφως και δεν επηρεάζει τη νομιμότητα οποιασδήποτε προηγούμενης πράξης επεξεργασίας.

Ειδικότερα για την επεξεργασία δεδομένων υγείας, η ανάκληση της συγκατάθεσής σας ενδεχομένως και κατά περίπτωση να συνεπάγεται την αδυναμία της Allianz να σας παρέχει τις καλύψεις και τις υπηρεσίες που προβλέπονται στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, δεδομένου ότι πλέον δε θα νομιμοποιούμαστε να επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα που είναι αναγκαία για να σας παρέχουμε τις εν λόγω υπηρεσίες και καλύψεις.

Ενημερώθηκα και κατανόησα πλήρως ότι μπορώ να μάθω περισσότερα για την προστασία των προσωπικών δεδομένων μου και των σχετικών με αυτά δικαιωμάτων μου στην εταιρική ιστοσελίδα της Allianz Ελλάδος, www.allianz.gr στην ενότητα για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι ενημερώθηκα για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από την Εταιρία και δήλωσα την προτίμησή μου στις σχετικές συγκαταθέσεις.

Ημερομηνία & υπογραφή

Υπεύθυνη Δήλωση

- Αιτούμαι την ένταξή μου στην Ομαδική Ασφάλιση σύμφωνα με τους όρους του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.
- Με την παρούσα εξουσιοδοτώ τον συμβαλλόμενο/εργοδότη μου, να παρακρατεί από τις μηνιαίες αποδοχές μου και να καταβάλλει για λογαριασμό μου στην Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. το ποσό συμμετοχής στα ασφάλιστρα εφόσον προβλέπεται από το Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, που αναλογεί για την κάλυψή μου ή/και των προστατευόμενων μελών της οικογένειάς μου.
- Έχοντας υπόψη τις εις βάρος μου συνέπειες που προβλέπονται από το άρθρο 29 παρ. 2 σε συνδυασμό με το άρθρο 3 του Ν. 2496/1997 περί υποχρέωσης αληθούς δήλωσης των γνωστών σε εμένα περιστατικών, δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν παρέλειψα να αναφέρω κάτι σχετικό με την κατάσταση της υγείας μου και των εξαρτωμένων μελών και ότι οι απαντήσεις μου, είναι αληθινές και πλήρεις. Επίσης, γνωρίζω και αποδέχομαι ότι όλες οι απαντήσεις μου και οι ιατρικές εξετάσεις στις οποίες είναι ενδεχόμενο να υποβληθώ, εφόσον το επιθυμεί η Ασφαλιστική Εταιρία, θα αποτελέσουν τους όρους συμμετοχής μου στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο. Η ένταξή μου στο παραπάνω Ομαδικό Ασφαλιστήριο βασίζεται ακριβώς στις παραπάνω δηλώσεις και απαντήσεις μου.

Ημερομηνία Συμπλήρωσης Αίτησης

Ημέρα	Μήνας	Έτος

Ο/Η Αιτ.....

(υπογραφή)

Το παρακάτω μέρος συμπληρώνεται από τον εργοδότη

Επωνυμία Εταιρείας	Αριθμός Συμβολαίου		
Ημ/νίας Πρόσληψης	Ημ/νία Έναρξης Ασφάλισης		Μηνιαίος Μισθός
Κατηγορία Ασφάλισης			
Υπογραφή & Σφραγίδα			

Έγκριση – Παρατηρήσεις (συμπληρώνεται μόνο από την Εταιρεία)
