



## Αίτημα Αποζημίωσης/ My check-in



Αγαπητέ Πελάτη,

Για να προχωρήσει η διαδικασία του Αιτήματος Αποζημίωσης, θα πρέπει ο Ασφαλισμένος, στον οποίο αφορά το αίτημα, να συμπληρώσει και να υπογράψει το έντυπο αυτό. Εάν πρόκειται για ανήλικο Ασφαλισμένο, να συμπληρωθεί και να υπογραφεί από τον γονέα του.

### ! Τι πρέπει να κάνετε

- ✓ Να συμπληρώσετε με πληρότητα & ορθότητα τα πεδία του εντύπου (Στοιχεία Ασφαλισμένου, Είδος Αιτήματος & Στοιχεία Πάθησης) και να το υπογράψετε
- ✓ Να ενημερωθείτε σχετικά με την Επεξεργασία των Προσωπικών σας Δεδομένων
- ✓ Να διαβάσετε προσεκτικά και να συμπληρώσετε τις Εξουσιοδοτήσεις/ Δηλώσεις Ασφαλισμένου και
- ✓ Να ενημερωθείτε για την αποστολή των δικαιολογητικών στην Εταιρία και την υποχρέωση διατήρησης των πρωτότυπων δικαιολογητικών για πέντε (5) χρόνια

## Στοιχεία Ασφαλισμένου



### Στοιχεία Ασφαλιστηρίου

Αριθμός Ασφαλιστηρίου:

Όνοματεπώνυμο:

Πατρώνυμο:  Α.Φ.Μ.:

### Στοιχεία Επικοινωνίας

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Πόλη:  Τ.Κ.:

Τηλέφωνο:  E-mail:

### Συμπληρωματικά Στοιχεία

Έχετε Κοινωνικό Ασφαλιστικό Φορέα;  Ναι:  Όχι:

ΕΟΠΥΥ:  Άλλο:

(Εάν ναι, ενεργοποιήστε τον ασφαλιστικό σας φορέα)

Έχετε άλλο Ασφαλιστήριο;  Ναι:  Όχι:

Αν Ναι: Ομαδικό:  Επωνυμία Εταιρίας:

Ατομικό:  Επωνυμία Εταιρίας:

Θα ενεργοποιήσετε το άλλο Ασφαλιστήριό σας στο περιστατικό, ως πρώτο φορέα ασφάλισης;  Ναι:  Όχι:

## Είδος Αιτήματος



### Νοσηλεία

Για την Προγραμματισμένη Νοσηλεία σας επιθυμείτε:  Check-in:  Προέγκριση:  Αναγγελία:

Ημερομηνία Νοσηλείας:

Σε ποιο Νοσοκομείο θα νοσηλευτείτε;

Για Νοσηλεία στο Εξωτερικό, παρακαλώ συμπληρώστε επιπλέον:

Χώρα:  Επιθυμείτε τον συντονισμό της Νοσηλείας σας;  Ναι:  Όχι:

Παρακαλούμε να μας στείλετε στο email [lifecclaimsapproval@generaligr](mailto:lifecclaimsapproval@generaligr) ή στο [check-in@generaligr](mailto:check-in@generaligr) για τα συμβόλαια της πρώην AXA ή ταχυδρομικά στα γραφεία της Generali τα παρακάτω:

Έντυπο Θεράποντος Γιατρού/ Ιατρική Γνωμάτευση

Αποτελέσματα Εξετάσεων

Για την ενεργοποίηση της Προέγκρισης Νοσηλείας, το αίτημα σας πρέπει να υποβληθεί τουλάχιστον πέντε (5) εργάσιμες ημέρες πριν την Ημερομηνία Νοσηλείας σας ενώ για την ενεργοποίηση του check in το αίτημα πρέπει να υποβληθεί τουλάχιστον τρεις (3) εργάσιμες ημέρες πριν την Ημερομηνία Νοσηλείας σας και να συνοδεύεται υποχρεωτικά από το Έντυπο Θεράποντος Γιατρού και τα αντίστοιχα αποτελέσματα των Ιατρικών σας Εξετάσεων. Σε περίπτωση που η προέγκριση για τη Νοσηλεία γίνει αποδεκτή από την Εταιρία, ισχύει για 30 ημέρες από την ημερομηνία αποδοχής της, διαφορετικά το αίτημα σας ακυρώνεται.

### Ιατρικά Έξοδα

Επιθυμείτε να υποβάλλετε Ιατρικά Έξοδα;

Νοσηλείας:  Χωρίς Νοσηλεία:  Άλλο:

Παρακαλούμε να μας στείλετε στο email [lifecclaimsretail@generaligr](mailto:lifecclaimsretail@generaligr) ή στο [lifecclaimsretail@generaligr](mailto:lifecclaimsretail@generaligr) για τα συμβόλαια της πρώην AXA ή ταχυδρομικά στα γραφεία της Generali τα παρακάτω:

#### Νοσηλεία

Έντυπο Θεράποντος Γιατρού/ Ιατρική Γνωμάτευση

Γνωμάτευση πριν τη Νοσηλεία

Αποτελέσματα Εξετάσεων πριν τη Νοσηλεία

Εισιτήριο

Ιστορικό Φύλλο Νοσηλείας

Αποτελέσματα Εξετάσεων

Γνωμάτευση - Παραπεμπτικό

Πρακτικό Χειρουργείου

Ιστολογική

Εξιτήριο

Τιμολόγιο Νοσηλείας

Πρωτότυπες Αποδείξεις - Τιμολόγια Πρωτότυπη

Βεβαίωση Άλλης Ασφαλιστικής

#### Χωρίς Νοσηλεία

Αποτελέσματα Εξετάσεων

Πρωτότυπες Αποδείξεις - Τιμολόγια

Γνωμάτευση - Παραπεμπτικό - Κουπόνια Φαρμάκων

### Επιθυμείτε να ενεργοποιήσετε άλλες Παροχές;

Εάν ναι, αναφέρατε ποιες:  Ναι:  Όχι:

### ! Σημείωση

Η Εταιρία έχει δικαίωμα, εκτός από τα παραπάνω, να ζητήσει και επιπλέον δικαιολογητικά που κρίνει αναγκαία για την εκτίμηση του Αιτήματος Αποζημίωσης.

## Στοιχεία Πάθησης (Ασθένεια ή Ατύχημα)



Ποια είναι η διάγνωση;

Ποια ήταν τα πρώτα συμπτώματα και πότε εμφανίστηκαν;

Είχατε στο παρελθόν παρόμοια συμπτώματα;

Ναι:  Όχι:

Εάν Ναι, πότε:

Πότε επισκεφθήκατε πρώτη φορά το γιατρό σας και ποιος είναι ο προτεινόμενος τρόπος αντιμετώπισης; (Παρακαλούμε να επισυναφθεί γνωμάτευση).

  

Τι εξετάσεις έχετε κάνει; (Παρακαλούμε αναφέρετε ονομαστικά τις εξετάσεις και επισυνάψτε τα αποτελέσματα τους).

  

Ακόλουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή γι' αυτήν την Πάθηση;

Ναι:  Όχι:

Ποια είναι αυτή;

Πότε ξεκινήσατε την αγωγή;

Συνεχίζετε έως και σήμερα;

Ναι:  Όχι:

Έχετε επισκεφτεί Γιατρό ή νοσηλευτεί στο παρελθόν για την ίδια Πάθηση;

Ναι:  Όχι:

Αν Ναι, πότε:

Θεράπων Γιατρός:

Νοσοκομείο:

Σε περίπτωση Ατυχήματος, παρακαλούμε δώστε μια σύντομη περιγραφή:

  

## Εξουσιοδοτήσεις/ Δηλώσεις Ασφαλισμένου



### Δήλωση

Γνωρίζοντας ότι, με βάση το ν. 2496/1997, οφείλω να δηλώσω με αλήθεια και πληρότητα όλα τα στοιχεία που ζητεί η Generali για τη συγκεκριμένη ασφαλιστική περίπτωση και να μην παραλείψω γνωστά σε εμένα περιστατικά:

- Δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στη δήλωση αυτή είναι πλήρεις και αληθείς, χωρίς οποιοσδήποτε παραλείψεις και μεταβολές
- Αποδέχομαι ότι θα αποτελέσουν τη βάση για την εκτίμηση του Αιτήματος Αποζημίωσης από την Εταιρία

Επίσης:

- Δηλώνω υπεύθυνα και δεσμεύομαι ότι:
  - Οι αποδείξεις ή/ και τα τιμολόγια που υποβάλω στην Generali είναι τα πρωτότυπα
  - Δεν θα τα υποβάλλω σε οποιονδήποτε άλλο Φορέα Ασφάλισης, δημόσιο ή ιδιωτικό και
  - Σε περίπτωση που τα υποβάλλω ηλεκτρονικά/ ψηφιακά, θα διατηρήσω τα πρωτότυπα στην κατοχή μου για τουλάχιστον πέντε (5) χρόνια και θα τα παραδώσω στην Generali άμεσα, σε περίπτωση που μου τα ζητήσει για οποιονδήποτε λόγο/ αιτία
- Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι η Εταιρία δεν καλύπτει έξοδα για Διαγνωστικές Εξετάσεις Μοριακής Βιολογίας, (Εξαιρούνται περιπτώσεις στις οποίες η Generali έχει προεγκρίνει τις εξετάσεις αυτές)

### Ενημέρωση πριν από τη συγκατάθεση

Η Generali Hellas A.A.E. ως «Υπεύθυνος Επεξεργασίας» (στο εξής «Εταιρία») με έχει ενημερώσει, με ειδικό έντυπο, κατά τη σύναψη της ασφάλισης και πριν την υποβολή αυτού του αιτήματος Αποζημίωσής μου, ότι τα προσωπικά δεδομένα μου ή του ανήλικου παιδιού μου, που ασφαρίζεται ως Κυρίως Ασφαλισμένος ή Προστατευόμενο Μέλος θα αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας από την Εταιρία ή/ και από τρίτους (όπως κατά περίπτωση πραγματοποιώμενες γιατρούς, φορείς διαχείρισης υπηρεσιών υγείας), προς τον σκοπό του ελέγχου, εκτίμησης και διακανονισμού της συγκεκριμένης ασφαλιστικής Αποζημίωσης. Αυτό ισχύει για τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο και όσα θα κριθούν αναγκαία και πρόσφορα για τον συγκεκριμένο σκοπό επεξεργασίας, όπως ιατρικές εξετάσεις, γνωματεύσεις κ.λπ, καθώς και το περιεχόμενο του ιατρικού φακέλου σε περίπτωση νοσηλείας μου. Προς τον σκοπό αυτό είναι απαραίτητη η συγκατάθεσή μου για τη χορήγηση των προσωπικών δεδομένων υγείας μου ή του ανήλικου παιδιού μου στην Εταιρία και η άρση της υποχρέωσης τήρησης του ιατρικού απορρήτου εκ μέρους των Γιατρών και των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, που περιέθαλψαν εμένα ή το ανήλικο παιδί μου. Έχω ενημερωθεί ότι μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεση μου ανά πάσα στιγμή, χωρίς η ανάκληση αυτή να επηρεάζει τη νομιμότητα της επεξεργασίας που θα έχει ήδη πραγματοποιηθεί.

## Συγκατάθεση για τη συλλογή και επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων

Συναινώ στην επεξεργασία των παραπάνω προσωπικών δεδομένων μου ειδικών κατηγοριών (δεδομένων υγείας) από την Εταιρία για τον σκοπό που αναφέρεται παραπάνω και χορηγώ ειδική εντολή και πληρεξουσιότητα στην Εταιρία να αναζητεί και να λαμβάνει κάθε πληροφορία, αρχείο ή ιστορικό από τους Γιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που περιέθαλψαν εμένα ή το ανήλικο παιδί μου, που αφορά στη συγκεκριμένη ασφαλιστική περίπτωση. Επιπλέον, συναινώ και παρέχω την ειδική εντολή στους Γιατρούς αυτούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα να χορηγούν γραπτά ή προφορικά στοιχεία που θα ζητήσει η Εταιρία και αφορούν σε δεδομένα της Νοσηλείας μου ή του ανήλικου παιδιού μου, προκειμένου να διερευνηθεί η συνδρομή των προϋποθέσεων χορήγησης της ασφαλιστικής κάλυψης και καταβολής της συγκεκριμένης ασφαλιστικής Αποζημίωσης.

Ναι:  Όχι:

Συναινώ να συμμετέχει ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής του Ασφαλιστηρίου στη διαδικασία της διεκπεραίωσης του παρόντος αιτήματός Αποζημίωσής μου, προς διευκόλυνσή μου.

Ναι:  Όχι:

## Κατάθεση Αποζημίωσης σε τραπεζικό λογαριασμό

Εξουσιοδοτώ την Generali Hellas A.A.E. να καταθέσει στον τραπεζικό λογαριασμό με αριθμό IBAN  στην τράπεζα

το ποσό Αποζημίωσης που αφορά στο συγκεκριμένο αίτημα, σύμφωνα με τους όρους του Ασφαλιστηρίου μου. Επισυνάπτω σχετικό αποδεικτικό του τραπεζικού λογαριασμού, στον οποίο είμαι δικαιούχος (σε περίπτωση ανήλικου, συμπληρώνεται το IBAN του γονέα).



Είμαι ο ίδιος Ασφαλισμένος

Ασκώ τη γονική μέριμνα του ανήλικου ασφαλισμένου

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

Υπογραφή Ασφαλισμένου/ Γονέα:

Ημερομηνία Παραλαβής:

Παραλήφθηκε από:

Υπογραφή Παραλήπτη του εγγράφου:

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή πληροφορία, μπορείτε να επικοινωνείτε με τον Ασφαλιστικό σας Σύμβουλο ή με το Κέντρο Εξυπηρέτησης Πελατών της Generali στο 210 8096100 ή στο 210 7268000 για τα συμβόλαια της πρώην AXA ή στο 18112.



## Δήλωση Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων



Ο σκοπός της παρούσας Δήλωσης Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων είναι να εξηγήσει τον τρόπο και τους λόγους για τους οποίους χρησιμοποιούμε τα Προσωπικά σας Δεδομένα. Σας παρακαλούμε να διαβάσετε με προσοχή την παρούσα δήλωση.

### Ποιος θα χρησιμοποιήσει τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Η Generali Hellas AAE θα χρησιμοποιήσει τα προσωπικά δεδομένα σας με την ιδιότητά της ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας Δεδομένων (Data Controller). Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στην παρακάτω διεύθυνση:

Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμετζή 40

117 45 Αθήνα

Τηλέφωνο: 2108096100

e-mail: [info@generaligr](mailto:info@generaligr)

Εάν έχετε οποιαδήποτε απορία αναφορικά με την επεξεργασία των Προσωπικών σας Δεδομένων, εάν θέλετε να ασκήσετε οποιοδήποτε δικαίωμά σας, ή να υποβάλετε κάποιο παράπονο αναφορικά με τα Προσωπικά Δεδομένα σας, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (Data Protection Officer) μας είτε στο e-mail: [dpo@generaligr](mailto:dpo@generaligr) είτε με επιστολή στη διεύθυνση της Generali με την ένδειξη Υπόψη Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων.

### Πώς θα χρησιμοποιήσουμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Η Generali θα χρησιμοποιήσει τα προσωπικά σας δεδομένα:

1. για την εκτίμηση (underwriting), αντασφάλιση, και διαχείριση του ασφαλιστικού κινδύνου και τον καθορισμό του ασφαλιστικού, στρού,
2. για τη σύναψη, έκδοση και διαχείριση του ασφαλιστηρίου,
3. για την παροχή των ασφαλιστικών καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης σε περίπτωση επέλευσης του κινδύνου,
4. για να σας ενημερώσει για θέματα που αφορούν στο ασφαλιστήριό σας (ανανέωση, προθεσμία εξόφλησης, κλπ.) και άλλα προϊόντα και για να ζητήσει πληροφορίες για το επίπεδο ικανοποίησής σας από τις υπηρεσίες της Generali,
5. για τη συμμόρφωση της Generali με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης παραπόνων και καταγγελιών, και για την καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης.

Η Generali δικαιούται να επεξεργαστεί τα Προσωπικά Δεδομένα σας για τη σύναψη και την εκτέλεση των συμβατικών όρων του ασφαλιστηρίου σας, εάν αυτό καταρτιστεί. Η επεξεργασία ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων σας, που αφορούν στην υγεία σας, γίνεται μόνο με τη ρητή συγκατάθεσή σας.

### Ποια Προσωπικά Δεδομένα χρησιμοποιούμε

Θα επεξεργαστούμε μόνο Προσωπικά Δεδομένα που είναι απολύτως αναγκαία για τους ανωτέρω αναφερόμενους σκοπούς. Συγκεκριμένα, η Generali θα επεξεργαστεί:

1. Τα στοιχεία ταυτότητάς σας (ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, ΑΦΜ, κλπ.)
2. Τα στοιχεία επικοινωνίας σας (διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail, κλπ.)
3. Τα στοιχεία του τραπεζικού σας λογαριασμού (IBAN) ή της πιστωτικής κάρτας σας.
4. Στοιχεία αναφορικά με το εισόδημά σας (εκκαθαριστικό, κλπ.)
5. Στην περίπτωση της διαδικασίας ανάληψης κινδύνου, το ιατρικό σας ιστορικό σύμφωνα με τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώσατε στην αίτησή σας ή και τυχόν ιατρικές ή διαγνωστικές εξετάσεις που θα προσκομίσετε στη Generali.
6. Στην περίπτωση της διαδικασίας ανάληψης κινδύνου με teleunderwriting: το ιατρικό ιστορικό σας με βάση τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώσατε μέσω της τηλεφωνικής συνέντευξης ή και τυχόν ιατρικές ή διαγνωστικές εξετάσεις που θα προσκομίσετε στη Generali.
7. Τυχόν άλλα δεδομένα που η Generali τηρεί στο αρχείο της, από προηγούμενες συναλλαγές μαζί σας.

Σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, η Generali μπορεί να σας ζητήσει επιπλέον στοιχεία και πρόσθετα δικαιολογητικά που θα αφορούν το συμβάν.

## Με ποιον μοιραζόμαστε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Μπορεί να μοιραστούμε προσωπικά δεδομένα σας με εξωτερικούς οργανισμούς όπως με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σας, συνεργαζόμενους πραγματογνώμονες ιατρούς, τον εξωτερικό συνεργάτη μας ο οποίος θα διενεργήσει την τηλεφωνική συνέντευξη (εάν αυτή διενεργηθεί) ή θα συντονίσει τον προασφαλιστικό ιατρικό έλεγχο (εάν είναι αναγκαίο). Θα διαβιβάσουμε, επιπλέον, προσωπικά σας δεδομένα και πληροφορίες καλύψεων ή/ και εξαιρέσεων προς τους συνεργάτες μας που παρέχουν τηλεφωνική εξυπηρέτηση για την παροχή των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριό σας, καθώς και σε τυχόν ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνετε χρήση αυτών των υπηρεσιών. Μπορεί, επίσης, να μοιραστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα με τα τεχνικά τμήματα της έδρας του Ομίλου Generali, άλλες εταιρίες του Ομίλου Generali, καθώς και με συνεργαζόμενες αντασφαλιστικές εταιρίες. Η Generali έχει λάβει τα αναγκαία μέτρα ώστε κάθε φορά να διαβιβάζονται μόνο τα απολύτως αναγκαία δεδομένα και να εξασφαλίζεται η νομιμότητα της επεξεργασίας. Για περισσότερες πληροφορίες για τους εξωτερικούς συνεργάτες και παρόχους μας, με τους οποίους μοιραζόμαστε τα δεδομένα σας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας ([www.generaligr](http://www.generaligr)).

Η Generali δεν πρόκειται να αποκαλύψει με οποιονδήποτε τρόπο τα προσωπικά σας δεδομένα σε οποιοδήποτε τρίτο μέρος το οποίο δε σχετίζεται με το ασφαλιστήριό σας και την παροχή των καλύψεων και των υπηρεσιών που προβλέπονται από αυτό, εκτός εάν αυτό απαιτείται από τη νομοθεσία ή από νόμιμο αίτημα ή εντολή δημόσιας αρχής. Η Generali δεν πρόκειται να διαβιβάσει κανένα προσωπικό σας δεδομένο σε τρίτους για χρήση σε εμπορικές προωθητικές ενέργειες, χωρίς την προηγούμενη ρητή συγκατάθεσή σας.

## Γιατί απαιτείται η συλλογή των Προσωπικών Δεδομένων σας

Η συλλογή των δεδομένων σας είναι αναγκαία για τη σύναψη και τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου. Εάν δεν παράσχετε τα Προσωπικά Δεδομένα σας, δυστυχώς, η Generali δεν δύναται να προβεί στη σύναψη του ασφαλιστηρίου ή/ και στην παροχή των καλύψεων και των υπηρεσιών που αυτό προβλέπει.

## Τα δικαιώματά σας αναφορικά με τα Προσωπικά Δεδομένα

Μπορείτε να ασκήσετε τα ακόλουθα δικαιώματα αναφορικά με τα Προσωπικά Δεδομένα σας: Πρόσβασης, Διόρθωσης, Φορητότητας, και, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις του νόμου, Διαγραφής, Περιορισμού και Εναντίωσης.

Μπορείτε, επίσης, ανά πάσα στιγμή, να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή που έχετε παράσχει για την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων σας. Δυστυχώς, σε μια τέτοια περίπτωση, η Generali δεν θα μπορεί να σας παρέχει τις καλύψεις που προβλέπονται στο ασφαλιστήριό σας (ανάκληση συγκατάθεσης). Η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν επηρεάζει τη νομιμότητα κάθε προηγούμενης πράξης επεξεργασίας.

Για περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τις προϋποθέσεις άσκησης των δικαιωμάτων σας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Generali Hellas ([www.generaligr](http://www.generaligr)). Μπορείτε να ασκήσετε τα δικαιώματά σας μέσω της ιστοσελίδας μας ή, εναλλακτικά, μπορείτε να επικοινωνήσετε απευθείας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων στο [dpo@generaligr](mailto:dpo@generaligr) για την άσκηση των δικαιωμάτων σας, καθώς και για κάθε άλλη πληροφορία. Η αίτηση άσκησης των δικαιωμάτων είναι δωρεάν, εκτός εάν το αίτημα είναι προφανώς αβάσιμο ή υπερβολικό.

## Πως μπορείτε να υποβάλετε μια καταγγελία

Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι θίγεται με οποιονδήποτε τρόπο η προστασία των προσωπικών σας δεδομένων, μπορείτε να προσφύγετε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα: Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, [www.dpa.gr](http://www.dpa.gr).

## Για πόσο καιρό διατηρούμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Θα διατηρήσουμε και θα επεξεργαζόμαστε τα Προσωπικά σας Δεδομένα για τους σκοπούς που αναφέρονται παραπάνω για όσο διάστημα το ασφαλιστήριό σας είναι σε ισχύ και μέχρι είκοσι έτη μετά τη λήξη ισχύος του για οποιοδήποτε λόγο, εκτός εάν η νομοθεσία προβλέπει διαφορετική περίοδο διατήρησης. Σε περίπτωση μη σύναψης του ασφαλιστηρίου, θα διατηρήσουμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας μέχρι και για πέντε έτη.