



bewell

σύστημα υγείας INTERAMERICAN

Αίτηση Ασφάλισης Υγείας

Προς την
INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

10292670

- ☒ Αρχική ασφάλιση
☐ Αλλαγή του υπ' αριθ. Ασφαλιστηρίου



Ο υπογράφων (Όνομα) (Επώνυμο)
 με Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _ Α.Δ.Τ. _ _ _ _ _ Αρ. Διαβ. _ _ _ _ _ Συμβαλλόμενος στο παραπάνω
 ασφαλιστήριο, ζητώ να τροποποιηθούν τα παρακάτω:

ΠΡΟΣΟΧΗ: Συμπληρώνονται μόνο τα πεδία στα οποία ζητείται τροποποίηση

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

☐ Αλλαγή Συμβαλλομένου

☐ Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου

☐ **Νομικό πρόσωπο:** Νομική επωνυμία
 Νομική μορφή Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _

☐ **Φυσικό πρόσωπο:** Επώνυμο Όνομα Φύλο ☐ Α ☐ Γ
 Όνομα πατέρα Ημ/νία γέννησης H H M M E E E E Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _
 Είδος ταυτότητας Αρ. ταυτότητας _ _ _ _ _ Διαβατήριο _ _ _ _ _
 Εθνικότητα Κύριο επάγγελμα

Δ/ση κατοικίας/αλληλογραφίας: Οδός & αριθμός Τ.Κ. _ _ _ _ _
 Πόλη Χώρα Τ.Θ.
 Τηλέφωνο _ _ _ _ _ Κινητό _ _ _ _ _ E-mail

Ηλεκτρονική παραλαβή ασφαλιστικών εγγράφων

☐ Ως Συμβαλλόμενος επιθυμώ να παραλαμβάνω ηλεκτρονικά στο email που δηλώνω παραπάνω τους όρους ασφάλισης, Γενικούς & Ειδικούς, καθώς και το σύνολο των ασφαλιστικών εγγράφων που αφορούν στη συγκεκριμένη ασφαλιστική σύμβαση.

Υπογραφή Παλαιού Συμβαλλομένου
 και σφραγίδα εφόσον αφορά Νομικό Πρόσωπο

Υπογραφή Νέου Συμβαλλομένου
 και σφραγίδα εφόσον αφορά Νομικό Πρόσωπο

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

☐ Προσθήκη νέου

☐ Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου

Επώνυμο Όνομα Φύλο ☐ Α ☐ Γ
 Όνομα πατέρα Ημ/νία γέννησης H H M M E E E E Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _
 Είδος ταυτότητας Αρ. ταυτότητας _ _ _ _ _ Διαβατήριο _ _ _ _ _
 Εθνικότητα Σχέση με το Συμβαλλόμενο Κύριο επάγγελμα

Δ/ση κατοικίας: Οδός & αριθμός Τ.Κ. _ _ _ _ _
 Πόλη Χώρα Τ.Θ.
 Τηλέφωνο _ _ _ _ _ Κινητό _ _ _ _ _ E-mail

Περιοχή μόνιμης κατοικίας: ☐ Αττική ☐ Στερεά Ελλάδα (εκτός Αττικής) ☐ Μακεδονία ☐ Θεσσαλία ☐ Θράκη
☐ Ήπειρος ☐ Πελοπόννησος ☐ Νησιά Ιονίου ☐ Νησιά Αιγαίου (εκτός Κρήτης) ☐ Κρήτη

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

☐ Προσθήκη νέου

☐ Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου

Επώνυμο Όνομα Φύλο ☐ Α ☐ Γ
 Όνομα πατέρα Ημ/νία γέννησης H H M M E E E E Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _
 Είδος ταυτότητας Αρ. ταυτότητας _ _ _ _ _ Διαβατήριο _ _ _ _ _
 Εθνικότητα Σχέση με το Συμβαλλόμενο Κύριο επάγγελμα

Δ/ση κατοικίας: Οδός & αριθμός Τ.Κ. _ _ _ _ _
 Πόλη Χώρα Τ.Θ.
 Τηλέφωνο _ _ _ _ _ Κινητό _ _ _ _ _ E-mail

Περιοχή μόνιμης κατοικίας: ☐ Αττική ☐ Στερεά Ελλάδα (εκτός Αττικής) ☐ Μακεδονία ☐ Θεσσαλία ☐ Θράκη
☐ Ήπειρος ☐ Πελοπόννησος ☐ Νησιά Ιονίου ☐ Νησιά Αιγαίου (εκτός Κρήτης) ☐ Κρήτη

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

- Προσθήκη νέου

○ Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου

[illegible]

Δ/ση κατοικίας: Οδός & αριθμός..... Τ.Κ. _ _ _ _ _

Πόλη..... Χώρα..... Τ.Θ.....

Τηλέφωνο _ _ _ _ _ Κινητό _ _ _ _ _ E-mail.....

Περιοχή μόνιμης κατοικίας: ☐ Αττική ☐ Στερεά Ελλάδα (εκτός Αττικής) ☐ Μακεδονία ☐ Θεσσαλία ☐ Θράκη
☐ Ήπειρος ☐ Πελοπόννησος ☐ Νησιά Ιονίου ☐ Νησιά Αιγαίου (εκτός Κρήτης) ☐ Κρήτη

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

- Προσθήκη νέου

○ Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου

[illegible]

Δ/νση κατοικίας: Οδός & αριθμός..... Τ.Κ. _ _ _ _ _

Πόλη..... Χώρα..... Τ.Θ.....

Τηλέφωνο _____ Κινητό _____ E-mail _____

Περιοχή μόνιμης κατοικίας: ☐ Αττική ☐ Στερεά Ελλάδα (εκτός Αττικής) ☐ Μακεδονία ☐ Θεσσαλία ☐ Θράκη
☐ Ήπειρος ☐ Πελοπόννησος ☐ Νησιά Ιονίου ☐ Νησιά Αιγαίου (εκτός Κρήτης) ☐ Κρήτη

ΤΡΟΠΟΣ & ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

☐ Πιστωτική κάρτα ☐ MASTERCARD ☐ VISA

Στοιχεία κατόχου πιστωτικής κάρτας:

Επώνυμο Όνομα Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _

Αριθμός κάρτας _|_|_|_|_ _|_|_|_|_ _|_|_|_|_ _|_|_|_|_ Ημ/νία λήξης _|_|_|_|_

☐ Κάθε μήνα ☐ Κάθε τρίμηνο ☐ Κάθε εξάμηνο ☐ Κάθε χρόνο

Αποδέχομαι ανεπιφύλακτα να εξοφλείται το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα εκδοθεί με βάση την παρούσα Αίτηση με χρέωση της Πιστωτικής μου Κάρτας με τον παραπάνω σημειωμένο αριθμό και ημερομηνία λήξης, καθώς επίσης με χρέωση των εκάστοτε ανανέώσεων της ή νεότερων Καρτών μου. Σας εξουσιοδοτώ και εγκρίνω να χρεώνετε τα σχετικά ασφάλιστρα στο λογαριασμό της Κάρτας μου, την ημερομηνία ανανέωσης του συμβολαίου (εκτός της πρώτης πληρωμής του συμβολαίου).

Δηλώνω ρητώς ότι σε περίπτωση κατά την οποία παύσω τις πληρωμές των ασφαλίσεων μου με μηνιαία συχνότητα και δεν γνωστοποιήσω εγγράφως στην εταιρεία άλλο τρόπο καταβολής ασφαλίσεων, η συχνότητα καταβολής των ασφαλίσεων θα είναι τριμηνιαία.

Ημερομηνία

Υπογραφή Συμβαλλόμενου

Υπογραφή Κατόχου Πιστωτικής Κάρτας

☐ Άλλοι τρόποι πληρωμής (Μετρητά - Ηλεκτρονικά - Τηλεφωνικά)

☐ Κάθε τρίμηνο ☐ Κάθε εξάμηνο ☐ Κάθε χρόνο

☐ Πάγια εντολή τράπεζας Τράπεζα.....

☐ Κάθε μήνα ☐ Κάθε τρίμηνο ☐ Κάθε εξάμηνο ☐ Κάθε χρόνο

Δηλώνω ρητώς ότι σε περίπτωση κατά την οποία παύσω τις πληρωμές των ασφαλίσεων μου με μηνιαία συχνότητα και δεν γνωστοποιήσω εγγράφως στην εταιρία άλλο τρόπο καταβολής ασφαλίσεων, η συχνότητα καταβολής των ασφαλίσεων θα είναι τριμηνιαία.

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

Εάν η εξόφληση των ασφαλιστρών μου γίνεται με πάγια εντολή (πιστωτική κάρτα ή λογαριασμός) τα χρήματα επιστρέφονται στην πιστωτική ή τον λογαριασμό αυτής της πάγιας εντολής. Σε διαφορετική περίπτωση θα κατατεθούν τα χρήματα από την Εταιρία στο λογαριασμό μου με τα παρακάτω στοιχεία.

Τράπεζα:

IBAN: _|_|_|_|_ _|_|_|_|_ _|_|_|_|_ _|_|_|_|_ _|_|_|_|_ _|_|_|_|_ _|_|_|_|_

- Σε περίπτωση αλλαγής στοιχείων υφιστάμενου προγράμματος συμπληρώνονται μόνο τα στοιχεία που αλλάζουν.
- Σε περίπτωση προσθήκης νέου προγράμματος συμπληρώνονται όλα τα στοιχεία.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ


☐ **Νοσηλεία από ασθένεια & ατύχημα**

Περιοχή μόνιμης κατοικίας

- ☐ Αττική
 ☐ Στερεά Ελλάδα (εκτός Αττικής)
 ☐ Μακεδονία
 ☐ Θεσσαλία
 ☐ Θράκη
☐ Ήπειρος
 ☐ Πελοπόννησος
 ☐ Νησιά Ιονίου
 ☐ Νησιά Αιγαίου (εκτός Κρήτης)
 ☐ Κρήτη

Ανώτατο όριο κάλυψης

- ☐ €20.000
 ☐ €50.000
 ☐ €100.000
 ☐ €300.000
 ☐ €500.000
 ☐ €1.000.000

Συμμετοχή

- ☐ Καμία συμμετοχή
 ☐ 10%
 ☐ 20%
 ☐ €500
 ☐ €1.500
 ☐ €2.000

Τρόπος εφαρμογής συμμετοχής

- ☐ Ανά νοσηλεία
 ☐ Ανά ασφαλιστική περίοδο

Θέση νοσηλείας

- ☐ Lux δωμάτιο
 ☐ Μονόκλινο δωμάτιο
 ☐ Δίκλινο δωμάτιο
 ☐ Τρίκλινο δωμάτιο

Δίκτυο νοσοκομείων

- ☐ Βασικό Δίκτυο
 ☐ Διευρυμένο Δίκτυο
 ☐ Πλήρες Δίκτυο

Φροντίδα πριν & μετά τη νοσηλεία

- ☐ Ναι
 ☐ Όχι

Πλάνα καλύψεων

- ☐ Πláνο 1
 ☐ Πλάνο 2
 ☐ Πλάνο 3


☐ **Νοσηλεία μόνο από ατύχημα**

☐ **Επείγοντα περιστατικά**

Ανώτατο όριο κάλυψης

- ☐ €500
 ☐ €1.000

Συμμετοχή

- ☐ Καμία συμμετοχή
 ☐ 20%


☐ **Γιατροί & Διαγνωστικές εξετάσεις**

- ☐ Αθηναϊκή MEDICLINIC & Πολυϊατρεία MEDIFIRST, χωρίς συμμετοχή
☐ Δίκτυο Υγείας INTERAMERICAN, με συμμετοχή
☐ Δίκτυο Υγείας INTERAMERICAN, χωρίς συμμετοχή & εκτός Δικτύου Υγείας INTERAMERICAN, με όριο


☐ **Επιδόματα Υγείας**

- ☐ Επίδομα νοσηλείας
 ☐ Επίδομα χειρουργικής επέμβασης
 ☐ Επίδομα νοσηλείας & χειρουργικής επέμβασης


☐ **Επίδομα σοβαρών ασθενειών**

Κεφάλαιο

- ☐ €5.000
 ☐ €10.000
 ☐ €20.000
 ☐ €50.000


☐ **Φάρμακα**

- Σε περίπτωση αλλαγής στοιχείων υφιστάμενου προγράμματος συμπληρώνονται μόνο τα στοιχεία που αλλάζουν.
- Σε περίπτωση προσθήκης νέου προγράμματος συμπληρώνονται όλα τα στοιχεία.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ


☐ **Νοσηλεία από ασθένεια & ατύχημα**

Περιοχή μόνιμης κατοικίας

- ☐ Αττική
 ☐ Στερεά Ελλάδα (εκτός Αττικής)
 ☐ Μακεδονία
 ☐ Θεσσαλία
 ☐ Θράκη
☐ Ήπειρος
 ☐ Πελοπόννησος
 ☐ Νησιά Ιονίου
 ☐ Νησιά Αιγαίου (εκτός Κρήτης)
 ☐ Κρήτη

Ανώτατο όριο κάλυψης

- ☐ €20.000
 ☐ €50.000
 ☐ €100.000
 ☐ €300.000
 ☐ €500.000
 ☐ €1.000.000

Συμμετοχή

- ☐ Καμία συμμετοχή
 ☐ 10%
 ☐ 20%
 ☐ €500
 ☐ €1.500
 ☐ €2.000

Τρόπος εφαρμογής συμμετοχής

- ☐ Ανά νοσηλεία
 ☐ Ανά ασφαλιστική περίοδο

Θέση νοσηλείας

- ☐ Lux δωμάτιο
 ☐ Μονόκλινο δωμάτιο
 ☐ Δίκλινο δωμάτιο
 ☐ Τρίκλινο δωμάτιο

Δίκτυο νοσοκομείων

- ☐ Βασικό Δίκτυο
 ☐ Διευρυμένο Δίκτυο
 ☐ Πλήρες Δίκτυο

Φροντίδα πριν & μετά τη νοσηλεία

- ☐ Ναι
 ☐ Όχι

Πλάνα καλύψεων

- ☐ Πλάνο 1
 ☐ Πλάνο 2
 ☐ Πλάνο 3


☐ **Νοσηλεία μόνο από ατύχημα**

☐ **Επείγοντα περιστατικά**

Ανώτατο όριο κάλυψης

- ☐ €500
 ☐ €1.000

Συμμετοχή

- ☐ Καμία συμμετοχή
 ☐ 20%


☐ **Γιατροί & Διαγνωστικές εξετάσεις**

- ☐ Αθηναϊκή MEDICLINIC & Πολυϊατρεία MEDIFIRST, χωρίς συμμετοχή
☐ Δίκτυο Υγείας INTERAMERICAN, με συμμετοχή
☐ Δίκτυο Υγείας INTERAMERICAN, χωρίς συμμετοχή & εκτός Δικτύου Υγείας INTERAMERICAN, με όριο


☐ **Επιδόματα Υγείας**

- ☐ Επίδομα νοσηλείας
 ☐ Επίδομα χειρουργικής επέμβασης
 ☐ Επίδομα νοσηλείας & χειρουργικής επέμβασης


☐ **Επίδομα σοβαρών ασθενειών**

Κεφάλαιο

- ☐ €5.000
 ☐ €10.000
 ☐ €20.000
 ☐ €50.000


☐ **Φάρμακα**

- Σε περίπτωση αλλαγής στοιχείων υφιστάμενου προγράμματος συμπληρώνονται μόνο τα στοιχεία που αλλάζουν.
- Σε περίπτωση προσθήκης νέου προγράμματος συμπληρώνονται όλα τα στοιχεία.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ


☐ **Νοσηλεία από ασθένεια & ατύχημα**

Περιοχή μόνιμης κατοικίας

- ☐ Αττική
 ☐ Στερεά Ελλάδα (εκτός Αττικής)
 ☐ Μακεδονία
 ☐ Θεσσαλία
 ☐ Θράκη
☐ Ήπειρος
 ☐ Πελοπόννησος
 ☐ Νησιά Ιονίου
 ☐ Νησιά Αιγαίου (εκτός Κρήτης)
 ☐ Κρήτη

Ανώτατο όριο κάλυψης

- ☐ €20.000
 ☐ €50.000
 ☐ €100.000
 ☐ €300.000
 ☐ €500.000
 ☐ €1.000.000

Συμμετοχή

- ☐ Καμία συμμετοχή
 ☐ 10%
 ☐ 20%
 ☐ €500
 ☐ €1.500
 ☐ €2.000

Τρόπος εφαρμογής συμμετοχής

- ☐ Ανά νοσηλεία
 ☐ Ανά ασφαλιστική περίοδο

Θέση νοσηλείας

- ☐ Lux δωμάτιο
 ☐ Μονόκλινο δωμάτιο
 ☐ Δίκλινο δωμάτιο
 ☐ Τρίκλινο δωμάτιο

Δίκτυο νοσοκομείων

- ☐ Βασικό Δίκτυο
 ☐ Διευρυμένο Δίκτυο
 ☐ Πλήρες Δίκτυο

Φροντίδα πριν & μετά τη νοσηλεία

- ☐ Ναι
 ☐ Όχι

Πλάνα καλύψεων

- ☐ Πλάνο 1
 ☐ Πλάνο 2
 ☐ Πλάνο 3


☐ **Νοσηλεία μόνο από ατύχημα**

☐ **Επείγοντα περιστατικά**

Ανώτατο όριο κάλυψης

- ☐ €500
 ☐ €1.000

Συμμετοχή

- ☐ Καμία συμμετοχή
 ☐ 20%


☐ **Γιατροί & Διαγνωστικές εξετάσεις**

- ☐ Αθηναϊκή MEDICLINIC & Πολυϊατρεία MEDIFIRST, χωρίς συμμετοχή
☐ Δίκτυο Υγείας INTERAMERICAN, με συμμετοχή
☐ Δίκτυο Υγείας INTERAMERICAN, χωρίς συμμετοχή & εκτός Δικτύου Υγείας INTERAMERICAN, με όριο


☐ **Επιδόματα Υγείας**

- ☐ Επίδομα νοσηλείας
 ☐ Επίδομα χειρουργικής επέμβασης
 ☐ Επίδομα νοσηλείας & χειρουργικής επέμβασης


☐ **Επίδομα σοβαρών ασθενειών**

Κεφάλαιο

- ☐ €5.000
 ☐ €10.000
 ☐ €20.000
 ☐ €50.000


☐ **Φάρμακα**

- Σε περίπτωση αλλαγής στοιχείων υφιστάμενου προγράμματος συμπληρώνονται μόνο τα στοιχεία που αλλάζουν.
- Σε περίπτωση προσθήκης νέου προγράμματος συμπληρώνονται όλα τα στοιχεία.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ


☐ **Νοσηλεία από ασθένεια & ατύχημα**

Περιοχή μόνιμης κατοικίας

- ☐ Αττική
 ☐ Στερεά Ελλάδα (εκτός Αττικής)
 ☐ Μακεδονία
 ☐ Θεσσαλία
 ☐ Θράκη
☐ Ήπειρος
 ☐ Πελοπόννησος
 ☐ Νησιά Ιονίου
 ☐ Νησιά Αιγαίου (εκτός Κρήτης)
 ☐ Κρήτη

Ανώτατο όριο κάλυψης

- ☐ €20.000
 ☐ €50.000
 ☐ €100.000
 ☐ €300.000
 ☐ €500.000
 ☐ €1.000.000

Συμμετοχή

- ☐ Καμία συμμετοχή
 ☐ 10%
 ☐ 20%
 ☐ €500
 ☐ €1.500
 ☐ €2.000

Τρόπος εφαρμογής συμμετοχής

- ☐ Ανά νοσηλεία
 ☐ Ανά ασφαλιστική περίοδο

Θέση νοσηλείας

- ☐ Lux δωμάτιο
 ☐ Μονόκλινο δωμάτιο
 ☐ Δίκλινο δωμάτιο
 ☐ Τρίκλινο δωμάτιο

Δίκτυο νοσοκομείων

- ☐ Βασικό Δίκτυο
 ☐ Διευρυμένο Δίκτυο
 ☐ Πλήρες Δίκτυο

Φροντίδα πριν & μετά τη νοσηλεία

- ☐ Ναι
 ☐ Όχι

Πλάνα καλύψεων

- ☐ Πláνο 1
 ☐ Πλάνο 2
 ☐ Πλάνο 3


☐ **Νοσηλεία μόνο από ατύχημα**

☐ **Επείγοντα περιστατικά**

Ανώτατο όριο κάλυψης

- ☐ €500
 ☐ €1.000

Συμμετοχή

- ☐ Καμία συμμετοχή
 ☐ 20%


☐ **Γιατροί & Διαγνωστικές εξετάσεις**

- ☐ Αθηναϊκή MEDICLINIC & Πολυϊατρεία MEDIFIRST, χωρίς συμμετοχή
☐ Δίκτυο Υγείας INTERAMERICAN, με συμμετοχή
☐ Δίκτυο Υγείας INTERAMERICAN, χωρίς συμμετοχή & εκτός Δικτύου Υγείας INTERAMERICAN, με όριο


☐ **Επιδόματα Υγείας**

- ☐ Επίδομα νοσηλείας
 ☐ Επίδομα χειρουργικής επέμβασης
 ☐ Επίδομα νοσηλείας & χειρουργικής επέμβασης


☐ **Επίδομα σοβαρών ασθενειών**

Κεφάλαιο

- ☐ €5.000
 ☐ €10.000
 ☐ €20.000
 ☐ €50.000


☐ **Φάρμακα**

ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

- Με βάση τον ασφαλιστικό νόμο, για τη διασφάλιση της εγκυρότητας του ασφαλιστηρίου συμβολαίου είναι απαραίτητη:
- Η ειλικρινής και πλήρης συμπλήρωση των στοιχείων που αφορούν την Ασφαλισιμότητα του/των Ασφαλισμένων. Γι' αυτό ο Συμβαλλόμενος πρέπει να δηλώσει κάθε στοιχείο ή περιστατικό υγείας που του είναι γνωστό και είναι αντικειμενικά σημαντικό για την εκτίμηση του ασφαλιστικού κινδύνου από την Εταιρία.
 - Η πλήρης συμπλήρωση των στοιχείων αυτών ακόμα και αν στο παρελθόν έχει υποβληθεί ξανά αίτηση ασφάλισης ή αποζημίωσης (ανεξάρτητα αν το αίτημα ικανοποιήθηκε ή όχι) ή έχει εκδοθεί ασφαλιστήριο συμβόλαιο με επασφάλιστρο ή εξαιρέσεις.

Ύψος και βάρος ατόμων προς ασφάλιση

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου	Ύψος (cm)	Βάρος (kg)	Έχει μειωθεί το βάρος σας τον τελευταίο χρόνο (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Αν ΝΑΙ, διευκρινίστε πόσο βάρος (kg) και για ποιο λόγο

Ασφαλισμένοι	
ΝΑΙ	ΟΧΙ

Στοιχεία διαμονής

1. Εργάζεστε ή διαμένετε για κάποιο χρονικό διάστημα εκτός Ελλάδας;

Συνήθειες

2. Είστε καπνιστής;
3. Πίνετε αλκοολούχα ποτά;
4. Έχετε κάνει ή κάνετε χρήση ναρκωτικών, αναβολικών ή άλλων παραισθησιογόνων ουσιών;

Ιατρικό ιστορικό

Έχετε σήμερα ή κατά το παρελθόν, συνεπεία ατυχήματος ή πάθησης, ή συμπτώματος, επισκεφθεί γιατρό και σας χορηγήθηκαν ιατρικές οδηγίες, φαρμακευτική αγωγή ή συστάσεις για πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων ή νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση είτε σας χορηγήθηκε άδεια ανικανότητας σχετικά με:

5. Καρδιά, υπέρταση, αρτηρίες και φλέβες
6. Πνεύμονες
7. Στομάχι, έντερα, χολή, ήπαρ, πάγκρεας
8. Νεφρά, ουροδόχο κύστη
9. Προστάτη
10. Εγκέφαλο ή άλλες παθήσεις του νευρικού συστήματος, ψυχιατρικές παθήσεις
11. Σπονδυλική στήλη, μύς, οστά, αρθρώσεις, ρευματικές παθήσεις
12. Δερματολογικές, χοληστερίνη ή τριγλυκερίδια, σακχαρώδη διαβήτη, θυρεοειδή, υπόφυση,
13. Μάτια, αυτιά
14. Παθήσεις αίματος σπλήνα, λεμφαδένες
15. Καρκίνο ή νεοπλασμάτα οποιασδήποτε μορφής
16. Οποιαδήποτε γυναικολογική πάθηση ή πάθηση μαστών
17. Έχετε περάσει ή πάσχετε από άλλη πάθηση ή έχετε ενοχλήματα σχετικά με περιπτώσεις που δεν αναφέρονται παραπάνω;

Οικογενειακό ιατρικό ιστορικό

Παρακαλούμε παρέχετε τις ακόλουθες πληροφορίες σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό σας

18. Έχει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας (πατέρας, μητέρα, αδελφός ή αδελφή) πεθάνει ή υποφέρει από κάποια σοβαρή πάθηση;

Σε περίπτωση οποιασδήποτε καταφατικής απάντησης, παρακαλούμε να αναφέρετε λεπτομερώς ποιο συγκεκριμένο πρόβλημα υπάρχει και ποια η σημερινή κατάσταση της υγείας σας.

[illegible]

ΑΛΛΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ / ΣΧΟΛΙΑ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΙΜΟΤΗΤΑΣ
(μόνο για το πρόγραμμα «ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ»)

- Με βάση τον ασφαλιστικό νόμο, για τη διασφάλιση της εγκυρότητας του ασφαλιστηρίου συμβολαίου είναι απαραίτητη:
- Η ειλικρινής και πλήρης συμπλήρωση των στοιχείων που αφορούν την Ασφαλισιμότητα του/των Ασφαλισμένων. Γι' αυτό ο Συμβαλλόμενος πρέπει να δηλώσει κάθε στοιχείο ή περιστατικό υγείας που του είναι γνωστό και είναι αντικειμενικά σημαντικό για την εκτίμηση του ασφαλιστικού κινδύνου από την Εταιρία.
 - Η πλήρης συμπλήρωση των στοιχείων αυτών ακόμα και αν στο παρελθόν έχει υποβληθεί ξανά αίτηση ασφάλισης ή αποζημίωσης (ανεξάρτητα αν το αίτημα ικανοποιήθηκε ή όχι) ή έχει εκδοθεί ασφαλιστήριο συμβόλαιο με επασφάλιστρο ή εξαιρέσεις.

Ύψος και βάρος ατόμων προς ασφάλιση

Ονοματεπώνυμο Ασφαλισμένου	Ύψος (cm)	Βάρος (kg)

Ασφαλισμένοι	
ΝΑΙ	ΟΧΙ

Στοιχεία διαμονής

1. Εργάζεστε ή διαμένετε για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών εκτός Ελλάδας;

Συνήθειες

2. Έχετε κάνει ή κάνετε χρήση ναρκωτικών, αναβολικών ή άλλων παραισθησιογόνων ουσιών;

Ιατρικό ιστορικό

3. Έχετε κάποια πάθηση για την οποία σας παρακολουθεί κάποιος γιατρός;
4. Έχετε υποστεί κάποιο τραυματισμό που χρειάστηκε να παραμείνετε εκτός καθημερινής λειτουργικής δραστηριότητας για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δέκα (10) ημερών ή να νοσηλευτείτε;

Σε περίπτωση οποιασδήποτε καταφατικής απάντησης, παρακαλούμε να αναφέρετε λεπτομερώς ποιο συγκεκριμένο πρόβλημα υπάρχει και ποια η σημερινή κατάσταση της υγείας σας.

Αρ. ερώτησης	Ονοματεπώνυμο	Περιγραφή

ΑΛΛΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ / ΣΧΟΛΙΑ

.....

.....

.....

.....

1. ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ

Δεν μπορεί να ισχύει παράλληλα οποιοδήποτε επιμέρους πρόγραμμα ασφάλισης του συστήματος υγείας bewell με οποιοδήποτε παλιότερο πρόγραμμα ασφάλισης της Εταιρίας, το οποίο παρέχει την ίδια κάλυψη. Στην περίπτωση που αυτό ισχύει, θα πρέπει να γνωρίζετε ότι η Εταιρία θα αφαιρέσει το παλιότερο πρόγραμμα ασφάλισης, το οποίο θα πάψει να ισχύει από την έναρξη ισχύος του προγράμματος ασφάλισης του συστήματος υγείας bewell.

Στην περίπτωση που έχετε ζητήσει να μεταφερθεί η κάλυψή σας από παλιότερο ασφαλιστικό πρόγραμμα (περίπτωση μεταφοράς ασφαλισιμότητας) θα πρέπει να γνωρίζετε ότι έστω και αν η μεταφορά σας γίνεται για ένα μέρος της κάλυψής σας (δηλ., είτε μόνο νοσηλεία, είτε μόνο για πρωτοβάθμια φροντίδα) το παλιότερο ασφαλιστικό πρόγραμμα θα ακυρωθεί στο σύνολό του όταν θα ξεκινήσει η κάλυψή σας από το σύστημα υγείας bewell και δεν θα διατηρηθεί σε ισχύ το μέρος της προηγούμενης κάλυψής σας που δεν θα μεταφερθεί στο bewell.

Στο πρόγραμμα «Γιατροί & διαγνωστικές εξετάσεις» οι ασφαλισμένοι καλύπτονται μόνο στις περιοχές που υπάρχει Δίκτυο Υγείας Interamerican. Πληροφορίες για το Δίκτυο Υγείας Interamerican μπορείτε να βρείτε στο www.interamerican.gr.

2. ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ & ΛΟΙΠΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ

Με την ιδιότητά μου ως ο Συμβαλλόμενος

Δηλώνω ότι:

- **Γνωστοποίησα** στον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή τις πληροφορίες, απαιτήσεις και ανάγκες μου, τις οποίες αυτός συμπλήρωσε στο Έντυπο Αναγκών Πελάτη. Με βάση αυτά, ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής μου πρότεινε εγγράφως Ασφαλιστικό Προϊόν.

- **Παρέλαβα** το Έγγραφο Πληροφοριών που έχει σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης που αιτούμαι, καθώς και το Ενημερωτικό Έντυπο του Άρθρου 150 Ν. 4364/2016.

- **Έχοντας λάβει την κατάλληλη ενημέρωση πριν από τη σύναψη της σύμβασης ασφάλισης**, προχώρησα στην υποβολή αίτησης ασφάλισης.

- Οι απαντήσεις μου είναι **πλήρεις και ακριβείς** και δεν παρέλειψα περιστατικό ή στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει την εκτίμηση του κινδύνου από την Εταιρία.

Ενημερώθηκα ότι:

- Η αίτηση ασφάλισης, ενώ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης, δεν αποτελεί συμβόλαιο και δεν παρέχει ασφαλιστική κάλυψη.

- Για να ισχύει η κάλυψή μου, θα πρέπει η Εταιρία να αποδεχτεί την αίτηση αυτή.

- Στην περίπτωση που ο/οι Ασφαλισμένος/οι δεν έχει/ουν ζητήσει και δεν έχει αναγνωριστεί από την Εταιρία μεταφορά της ασφαλισιμότητάς του/τους από προηγούμενο ασφαλιστήριο συμβόλαιο, αναγνωρίζω ότι θα ισχύσουν πλήρως οι αναμονές που αναφέρονται στο Άρθρο «Ποιες περιπτώσεις καλύπτονται μετά από περιόδους αναμονής;» του/των προγράμματος/ων ασφάλισης που έχω επιλέξει.

- Η κάλυψη δεν αρχίζει πριν καταβληθεί το οφειλόμενο ασφάλιστρο που θα αναφέρεται στην ειδοποίηση πληρωμής.

- Το σύνολο των εγγράφων που αφορούν τη σύμβαση ασφάλισης, μπορεί να αποστέλλεται στο δηλωθέν από εμένα email.

Σχετικά με το Εφαρμοστέο Δίκαιο, αποδέχομαι την πρόταση της Εταιρίας για εφαρμογή του Ελληνικού Δικαίου στη σύμβαση ασφάλισης. Αποκλειστικά αρμόδια θα είναι τα Δικαστήρια της Αθήνας.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Εισαγωγή

Για την INTERAMERICAN και τους εργαζομένους της, ο σεβασμός της ιδιωτικής ζωής και η προστασία της εμπιστευτικότητας και της ασφάλειας των προσωπικών δεδομένων των ασφαλισμένων της, των συνεργατών της και όλων των φυσικών προσώπων που συναλλάσσονται καθ' οιονδήποτε τρόπο με την εταιρία αποτελούν βασική προτεραιότητα. Θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι η Εταιρία συλλέγει, επεξεργάζεται και αποθηκεύει τα προσωπικά σας δεδομένα σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 679/2016 και τον Ν. 4624/2019 καθώς και με κάθε άλλη εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία και Αποφάσεις της ΑΠΔΠΧ και λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα για την αποτροπή περιστατικών κλοπής, απώλειας και διαρροής προσωπικών δεδομένων.

Παρακάτω ακολουθεί ενημέρωση για το ποια είναι η Εταιρία που ως αυτοτελώς Υπεύθυνη επεξεργασίας των δεδομένων σας (ανάλογα με το αντικείμενο της ασφάλισης που έχετε επιλέξει, π.χ. ασφαλιστικό πρόγραμμα Ζωής, Υγείας, Ζημιών ή Γενικών Ασφαλειών) θα επεξεργάζεται τα Προσωπικά σας Δεδομένα:

1. η Εταιρία «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.» έχει έδρα στη Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126 Τ.Κ. 11782 στην Αθήνα, έχει ΑΡΜΑΕ 2865/05/Β/86/45 και έχει λάβει αριθμό καταχώρησης στο Γ.Ε.ΜΗ 305801000,
2. η Εταιρία «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.» έχει έδρα στη Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126 Τ.Κ. 11782 στην Αθήνα, έχει ΑΡΜΑΕ 25467/05/Β/91/29 και έχει λάβει αριθμό καταχώρησης στο Γ.Ε.ΜΗ 914001000 και
3. η Εταιρία «INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ» έχει έδρα στη Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126 Τ.Κ. 11782 στην Αθήνα, έχει ΑΡΜΑΕ 27557/05/Β/92/13 και έχει λάβει αριθμό καταχώρησης στο Γ.Ε.ΜΗ 1026501000

Ειδικά, για την επίσκεψή σας στους ιστότοπους www.interamerican.gr, www.myinteramerican.gr, Υπεύθυνες Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων από κοινού είναι οι ακόλουθες εταιρίες:

1. η Εταιρία «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.» έχει έδρα στη Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126 Τ.Κ. 11782 στην Αθήνα, έχει ΑΡΜΑΕ 2865/05/Β/86/45 και έχει λάβει αριθμό καταχώρησης στο Γ.Ε.ΜΗ 305801000,

γρού αρ. 124-126 Τ.Κ. 11782 στην Αθήνα, έχει ΑΡΜΑΕ 2865/05/Β/86/45 και έχει λάβει αριθμό καταχώρησης στο Γ.Ε.ΜΗ 305801000,

2. η Εταιρία «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.» έχει έδρα στη Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126 Τ.Κ. 11782 στην Αθήνα, έχει ΑΡΜΑΕ 25467/05/Β/91/29 και έχει λάβει αριθμό καταχώρησης στο Γ.Ε.ΜΗ 914001000 και

3. η Εταιρία «INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ» έχει έδρα στη Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126 Τ.Κ. 11782 στην Αθήνα, έχει ΑΡΜΑΕ 27557/05/Β/92/13 και έχει λάβει αριθμό καταχώρησης στο Γ.Ε.ΜΗ 1026501000

Για κάθε σας απορία ή παράπονο μπορείτε να επικοινωνείτε με κάθε μια από τις παραπάνω εταιρίες, αποστέλλοντας επιστολή στην διεύθυνση Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126- Αθήνα ή επικοινωνώντας στο τηλέφωνο 210-9462000 ή αποστέλλοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στο email custserv@interamerican.gr.

Εάν έχετε 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 επικοινωνείτε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Εταιρίας μας αποστέλλοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού, αρ. 124-126, 117 82 Αθήνα ή ηλεκτρονικό μήνυμα στο e-mail dpo@interamerican.gr.

Επίσης, εφόσον δε μένετε ικανοποιημένοι από την απάντησή μας στο αίτημά σας, διατηρείτε πάντα το δικαίωμα να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, η οποία μπορεί να δεχθεί και την υποβολή σχετικών παραπόνων, είτε επικοινωνώντας στο Τηλεφωνικό Κέντρο: +30-210 6475600 είτε καταθέτοντας το αίτημά σας σε γραπτή μορφή στο πρωτόκολλό της (Λεωφ. Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα) είτε αποστέλλοντας ηλεκτρονικά στο e-mail contact@dpa.gr.

1. Ποιες κατηγορίες προσωπικών δεδομένων συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε;

- Οι εταιρίες INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε., INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε. και INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.

ΣΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ, επεξεργάζονται διαφορετικά προσωπικά δεδομένα σας, ανάλογα με τον ασφαλιστικό κίνδυνο που έχει αναλάβει η καθεμία. Τα δεδομένα αυτά μπορεί να είναι:

- Δεδομένα Ταυτοποίησής σας, όπως π.χ. όνομα, επώνυμο, ημερομηνία γέννησης, αριθμό αστυνομικής ταυτότητας/ διαβατηρίου, ΑΜΚΑ, ΑΦΜ
- Δεδομένα Επικοινωνίας που συλλέγουμε κατά τη σύναψη ασφάλισης αλλά και σε οποιοδήποτε άλλο στάδιο της συνεργασίας μας, όπως π.χ. διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου/ αλληλογραφίας, αριθμοί τηλεφώνου/φαξ
- Δεδομένα Πληρωμής, όπως π.χ. τραπεζικοί λογαριασμοί, χρεωστικές/ πιστωτικές και λοιπές τραπεζικές κάρτες
- Δεδομένα Ασφάλισης που είναι απαραίτητα για την εκτίμηση, τον έλεγχο, τη σύναψη και τη διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, δεδομένα που αφορούν την οδηγική συμπεριφορά στην περίπτωση ασφάλισης αυτοκινήτου
- Δεδομένα ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων /πρώην ευαίσθητα, όπως πληροφορίες που αφορούν την υγεία (φυσική κατάσταση, τυχόν ανικανότητες και αναπηρίες, ιατρικό ιστορικό, χορήγηση φαρμάκων κ.λπ.)
- Δεδομένα Διακανονισμού, όπως π.χ. δεδομένα απαραίτητα για τη διαχείριση των απαιτήσεων από ασφάλιση που εμπεριέχονται στην αίτηση καταβολής αποζημίωσης/ εξαγοράς/ καταβολής ασφαλισματος ή σε συνδυαστικά αυτής έγγραφα/ δικαιολογητικά ή σχετίζονται με αυτήν
- Δεδομένα Περιήγησης, σε περίπτωση που επισκεφτείτε την ιστοσελίδα μας δύναται να καταγραφούν πληροφορίες που σχετίζονται με την επίσκεψή σας (π.χ. διεύθυνση IP). Επίσης, κατά τη χρήση της ιστοσελίδας μας, δύναται να αποθηκευτούν cookies στη συσκευή που χρησιμοποιείτε. Για περισσότερες πληροφορίες για τα cookies, και την Πολιτική που εφαρμόζουμε επισκεφτείτε το <https://www.interamerican.gr/politikh-cookies>.
- Δεδομένα που συλλέγουμε κατά τη χρησιμοποίηση και υποβολή φόρμας παραπόνου, όπως ονοματεπώνυμο, τηλέφωνο, διεύθυνση αλληλογραφίας, ηλεκτρονική διεύθυνση.
- Δεδομένα που συλλέγουμε όταν μας καλείτε στο τηλεφωνικό μας κέντρο, στην περίπτωση αυτή η κλήση σας ηχογραφείται, όπως επίσης καταγράφεται και ο αριθμός τηλεφώνου από τον οποίο μας καλείτε.
- Τέλος δεδομένα συλλέγουμε κατά την είσοδό σας στα κτίρια των γραφείων της Εταιρίας μας όπου καταγράφουμε το ονοματεπώνυμό σας ενώ κλειστό κύκλωμα καμερών ασφαλείας (CCTV) για τη λειτουργία του οποίου εγκαίρως κατά την είσοδό σας στα κτίρια μας ενημερώνεστε, θα καταγράψει την εικόνα σας, τηρώντας απόλυτα όλες τις προβλεπόμενες διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας.

2. Από ποιες πηγές συλλέγουμε προσωπικά δεδομένα;

- Από την υποβολή της αίτησης ασφάλισης, αίτησης τροποποίησης/μετατροπής/ ακύρωσης/εξαγοράς, αίτησης λήψης ασφαλιστικής παροχής, αίτησης συμμετοχής σε ομαδική ασφάλιση, αναγγελία ζημιάς.
- Μέσω των εξουσιοδοτημένων υπαλλήλων, των ασφαλιστικών διαμεσο-

λαβητών μας που ανήκουν στα διάφορα κανάλια δικτύων πωλήσεων της Εταιρείας μας καθώς και τρίτων συνεργατών μας (π.χ. τεχνικοί σύμβουλοι, πραγματογνώμονες, εκτιμητές ζημιών).

- Ειδικά τα Ειδικών Κατηγοριών Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα, που είναι κυρίως δεδομένα υγείας, η Εταιρία εκτός από αυτά που εσείς οι ίδιοι με τη συναινέσή σας της γνωστοποιείτε, μπορεί να τα συλλέξει μέσω συμβεβλημένων παρόχων υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιατροί).
- Από τους επισκέπτες/χρήστες του δικτυακού μας τόπου, μόνο όταν αυτοί οι ίδιοι εκούσια τα παρέχουν με σκοπό την διεκπεραίωση των υποβαλλόμενων ηλεκτρονικά αιτημάτων.
- Από τους χρήστες της εφαρμογής my interamerican, my anytime και μόνο κατά τη διάρκεια χρήσης της εφαρμογής.
- Επίσης από προωθητικές ενέργειες για την προώθηση των προϊόντων μας, από τη συλλογή στοιχείων επικοινωνίας για σκοπούς πωλήσεων (leads) και κατά τη διεξαγωγή κληρώσεων, διαγωνισμών όπου συλλέγουμε προσωπικά δεδομένα με την προϋπόθεση της ρητής συγκατάθεσής σας για την περαιτέρω επεξεργασία τους.

3. Για ποιους σκοπούς επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα;

- Με την αίτηση ασφάλισης που υποβάλλετε στην Εταιρία μας προκειμένου να ασφαλιστείτε, μας δηλώνετε ότι θέλετε να μεταφέρετε τον κίνδυνο που έχετε επιλέξει (π.χ. αστικής ευθύνης κάθε είδους, πυρός, βοήθειας, υγείας κ.λπ.) σε μια από τις αναφερόμενες παραπάνω εταιρίες του Ομίλου μας. Εμείς, βάσει των πληροφοριών/δεδομένων που μας δηλώνετε στην αίτηση ασφάλισης, θα πρέπει να σας εντάξουμε σε μια ομοιογενή κατηγορία κινδύνων και να υπολογίσουμε, βάσει των δηλώσεών σας, το κατάλληλο και αναλογικό για εσάς ασφάλιστρο, υπολογίζοντας και εκτιμώντας, μεταξύ άλλων, τη συχνότητα και την ένταση των ζημιών που ενδέχεται να προκύψουν.
- Για να γίνει αυτό, είναι αναγκαίο να μας δηλώσετε τα συγκεκριμένα προσωπικά δεδομένα που αναφέρονται στα σχετικά πεδία της αίτησης ασφάλισης. Τα στοιχεία αυτά είναι αντικειμενικά ουσιώδη για την αξιολόγηση του ασφαλιστικού κινδύνου και για την εκπλήρωση του σκοπού και τη λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης. Η σωστή και ολοκληρωμένη πληροφόρηση για τα στοιχεία που σας ρωτάμε και στα οποία βασίζομαστε απόλυτα συνιστά υποχρέωσή σας από τον ασφαλιστικό νόμο (Ν. 2496/1997) και έτσι θα μπορέσουμε να σας εντάξουμε στην κατάλληλη ομάδα κινδύνου και θα υπολογίσουμε σωστά το ασφάλιστρο που υποχρεούστε να πληρώνετε για την κάλυψή σας. Είναι πιθανό ανακριβής ή ελλιπής πληροφόρηση για τα στοιχεία που σας έχουμε ζητήσει να θεμελιώσει δικαίωμά μας να ζητήσουμε ακόμα και την ακύρωση ή καταγγελία του ασφαλιστηρίου σας, οποιαδήποτε χρονική στιγμή.
- Με βάση τα ανωτέρω επεξεργαζόμαστε τα Προσωπικά Δεδομένα των ασφαλισμένων μας αλλά και όλων των φυσικών προσώπων που συναλλάσσονται μαζί μας, για περισσότερους από έναν σκοπούς και ειδικότερα:

Σκοπός/Δραστηριότητα	Νομική Βάση
Για την εκτίμηση του κινδύνου με σκοπό την ανάληψη, τον καθορισμό των όρων ασφάλισης, του ασφαλιστρού και εν τέλει τη σύναψη της αιτούμενης ασφαλιστικής σύμβασης, τη διαχείριση της κατά τη διάρκεια ισχύος της, τον έλεγχο και το διακανονισμό της αποζημίωσης σε περίπτωση επέλευσης του κινδύνου και την καταβολή του προβλεπόμενου στους όρους ποσού (ασφαλισματος)	α. Η επεξεργασία είναι αναγκαία για την εκτέλεση της σύμβασης. β. Η /και με τη συγκατάθεσή σας μετά από ειδική ενημέρωσή
Για τις περιπτώσεις ασφαλίσεων ζωής και υγείας και για τις περιπτώσεις τροχαίων ατυχημάτων με σωματικές βλάβες, συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε δεδομένα ειδικών κατηγοριών (υγείας)	α. Με τη ρητή συγκατάθεσή σας, μετά από ειδική ενημέρωσή σας β. Η επεξεργασία είναι αναγκαία για την εκτέλεση της σύμβασης γ. Για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη νομικών αξιώσεων
Για τις περιπτώσεις αναγγελίας ζημιάς του κλάδου αυτοκινήτων και διακανονισμού αποζημιώσεων, συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που έρχονται σε γνώση μας λόγω ατυχήματος στο οποίο, τρίτος/η με οποιονδήποτε τρόπο, είναι εμπλεκόμενος/η. Η γνώση των δεδομένων αυτών από την Εταιρία είναι αναγκαία προκειμένου να μπορέσουμε να επεξεργαστούμε το αίτημα για αποζημίωση. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, αν ως τρίτος/η δεν συναινέσετε στην επεξεργασία ή εναντιωθείτε πριν ολοκληρωθεί ο διακανονισμός του αιτήματός σας, δεν θα είναι δυνατή η πρόοδος της διαδικασίας αποζημίωσης.	α. Με τη ρητή συγκατάθεσή σας, μετά από ειδική ενημέρωσή σας. β. Η επεξεργασία είναι αναγκαία για την εκτέλεση της σύμβασης. γ. Για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη νομικών αξιώσεων.

Σκοπός/Δραστηριότητα	Νομική Βάση
Για τη συμμόρφωση της Εταιρίας με υποχρεώσεις που απορρέουν από την κείμενη νομοθεσία όπως τη φορολογική νομοθεσία, τη νομοθεσία για την πρόληψη και καταστολή ξεπλύματος βρώμικου χρήματος και καταπολέμησης της Τρομοκρατίας (Ν. 4557/2018 και σχετικές διοικητικές Πράξεις), τους Καταλόγους Κυρώσεων των Ηνωμένων Εθνών και της Ε.Ε., τη νομοθεσία για την ανταλλαγή στοιχείων Χρηματοοικονομικών Λογαριασμών για κατοίκους ΗΠΑ (ν.4493/2017) Κύρωση του Μνημονίου Συνεννόησης και της Συμφωνίας μεταξύ της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Κυβέρνησης των ΗΠΑ για τη βελτίωση της διεθνούς φορολογικής συμμόρφωσης και την εφαρμογή του νόμου περί Φορολογικής Συμμόρφωσης Λογαριασμών της Αλλοδαπής (FATCA), τη νομοθεσία για την Αυτόματη Ανταλλαγή Πληροφοριών Χρηματοοικονομικών Λογαριασμών μεταξύ χωρών ΟΟΣΑ και μεταξύ κρατών-μελών της ΕΕ (ν. 4428/2016, Common Reporting Standards). Για την ικανοποίηση αιτήματος από δημόσιες / δικαστικές αρχές/ανεξάρτητες αρχές, όπως η Εποπτεύουσα Αρχή κλπ. Για την ικανοποίηση αιτήματος από δημόσιες / δικαστικές αρχές/ανεξάρτητες αρχές, όπως η Εποπτεύουσα Αρχή κλπ.	Η επεξεργασία είναι απαραίτητη για τη συμμόρφωση της Εταιρίας με νόμιμες υποχρεώσεις.
Για τη διαχείριση ενός αιτήματος ή /παραπόνου.	Η επεξεργασία είναι απαραίτητη για τη συμμόρφωση της Εταιρίας με υποχρεώσεις που προβλέπονται από το ισχύον νομικό και κανονιστικό πλαίσιο.
Για τη διεξαγωγή ενεργειών marketing, ερευνών αγοράς που δύναται η Εταιρία να πραγματοποιήσει για τη διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των πελατών από την ποιότητα των υπηρεσιών της Εταιρίας καθώς και την εμπορική προώθηση νέων προϊόντων και υπηρεσιών της.	α. Η επεξεργασία είναι αναγκαία για τη βελτίωση της Εταιρίας και την ικανοποίηση των ενόμων συμφερόντων της. β. Με τη συγκατάθεσή σας μετά από ειδική ενημέρωση.
Για τη διαχείριση αιτήματος συνεργασίας/πρόσληψης σε θέση εργασίας στην Εταιρία μας.	α. Η επεξεργασία γίνεται με τη συγκατάθεση του ενδιαφερομένου να εργαστεί στην Εταιρία. β. Εκπλήρωση νομίμων υποχρεώσεων της Εταιρίας

4. Πού διαβιβάζουμε τα Προσωπικά σας Δεδομένα;

- Τα δεδομένα σας θα διαβιβαστούν σε τμήματά μας που είναι αρμόδια για την ανάληψη του κινδύνου, για την ορθή και απρόσκοπτη λειτουργία του ασφαλιστηρίου σας, καθώς και για την αποζημίωσή σας. Ενδεικτικά αναφέρουμε το τμήμα ανάληψης κινδύνων (underwriting), το τμήμα εκδόσεων, το τμήμα αποζημιώσεων, το αναλογιστικό τμήμα, την Νομική υπηρεσία, την Κανονιστική Συμμόρφωση κ.λπ.
- Τα δεδομένα σας, ενδέχεται να διαβιβαστούν και να καταστούν προσίτα και από νομικά πρόσωπα ή/και φυσικά πρόσωπα με τα οποία, κατά καιρούς, διατηρούμε συμβάσεις συνεργασίας για την ορθή και με βάση τους όρους των ασφαλιστηρίων συμβολαίων αποζημίωσή των ασφαλισμένων μας, καθώς και για την ορθή εκτίμηση της ζημιάς. Επίσης τα δεδομένα σας, στα πλαίσια της λειτουργίας της σύμβασης ασφάλισής σας μπορεί να διαβιβαστούν σε διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα, γιατρούς, δημόσιες αρχές, ερευνητές αποζημιώσεων κ.λπ. Τα δεδομένα σας, ενδέχεται να διαβιβαστούν, να καταστούν προσίτα και να τύχουν επεξεργασίας από τη μητρική μας εταιρία «Achmea B.V.», που εδρεύει στην Ολλανδία, καθώς και σε άλλες συνδεδεμένες εταιρίες του ίδιου Ομίλου Achmea, εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην περίπτωση αυτή δεν διαβιβάζονται δεδομένα ειδικών κατηγοριών εκτός εάν υπάρχει νομική υποχρέωση. Τα δεδομένα σας ενδέχεται να διαβιβαστούν στους συνεργαζόμενους με την Εταιρία ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, σε αντασφαλιστές, σε συνεργαζόμενες ασφαλιστικές εταιρίες για την παροχή της ασφαλιστικής κάλυψης, σε πραγματογνώμονες, ερευνητές, εμπειρογνώμονες, εταιρίες διαχείρισης αποζημιώσεων, σε δικηγόρους, σε δικαστικούς επιμελητές κλπ. Σε συνεργαζόμενες εταιρίες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, εταιρίες καταστροφής αρχείων, συνεργαζόμενες εταιρίες παροχής υπηρεσιών πληροφορικών συστημάτων, σε συνεργαζόμενες εταιρίες παρόχους τηλεφωνικής εξυπηρέτησης. Ωστόσο, θα πρέπει να γνωρίζετε ότι, σε κάθε περίπτωση τέτοιας διαβίβασης, τα δεδομένα που διαβιβάζονται είναι τα ελάχιστα αναγκαία και τα νομικά ή/και φυσικά πρόσωπα που θα τα επεξεργαστούν, θα ενεργήσουν ως εκτελούντες την επεξεργασία αποκλειστικά για το σκοπό παροχής υπηρεσιών προς εμάς.
- Επίσης, όπως προβλέπεται στη νομοθεσία, η Εταιρία ενδέχεται να γνωστοποιήσει τα δεδομένα σας σε δημόσιες υπηρεσίες, ασφαλιστικά ταμεία, σε δικαστικές, δημόσιες και ανεξάρτητες αρχές, όπως ενδεικτικά στην εποπτεύουσα Αρχή που είναι η «Τράπεζα της Ελλάδος», στο «Συνήγορο του Καταναλωτή», σε Αστυνομικά Τμήματα, στην Τροχαία, σε

- Εισαγγελικές Αρχές, σε ανεξάρτητες ελεγκτικές εταιρίες κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους, εφόσον αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για την προστασία νομίμων δικαιωμάτων ή την εκπλήρωση υποχρεώσεων της Εταιρίας.
- Επιπλέον, η Εταιρία, στα πλαίσια συμμόρφωσής της με τη νομοθεσία για την πρόληψη και καταστολή ξεπλύματος βρώμικου χρήματος και καταπολέμησης της Τρομοκρατίας (Ν. 4557/2018 και σχετικές διοικητικές Πράξεις) για την ανταλλαγή πληροφοριών χρηματοοικονομικών λογαριασμών στο φορολογικό τομέα (FATCA ν.4493/2017 Μνημόνιο Συνεργασίας Ελλάδας-ΗΠΑ, ν.4170/2013 για την υποχρεωτική αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών στο φορολογικό τομέα μεταξύ των Κρατών Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), ν.4428/2016 Συμφωνία για την Υποχρεωτική Αυτόματη Ανταλλαγή Πληροφοριών στο Φορολογικό Τομέα μεταξύ κρατών-μελών του ΟΟΣΑ) υποχρεούται, μόνο εφόσον εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής αυτών, να προβαίνει σε συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων στο πλαίσιο εφαρμογής μέτρων δέουσας επιμέλειας ως προς την πιστοποίηση των πελατών και την αξιολόγηση των συναλλαγών, της ταυτοποίησής σας ως προσώπου υπαγόμενου στην ανωτέρω νομοθεσία, των οποίων αποδέκτης, είναι η αρμόδια Ελληνική Αρχή (ΑΑΔΕ- Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Εσόδων), η Αρχή Καταπολέμησης Ξεπλύματος Βρώμικου Χρήματος ή οιαδήποτε άλλη αρμόδια αρχή οριστεί.
 - Ειδικά στις ασφαλίσσεις του κλάδου αυτοκινήτου, τα προσωπικά δεδομένα σας ενδέχεται να διαβιβαστούν σε ερευνητές τροχαίων ατυχημάτων, σε εταιρίες τεχνικών υπηρεσιών οχημάτων, εταιρίες διαχείρισης υπολειμματικών αξιών ζημιωθέντων οχημάτων, στο Επικουρικό Κεφάλαιο Ασφάλισης Ευθύνης από Ατυχήματα Αυτοκινήτων», στο «Ελληνικό Κέντρο Πληροφοριών», στο Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης, στη Διεύθυνση Πληροφορικής της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών (αρχείο της πρώην Υπηρεσίας Στατιστικής των Ασφαλιστικών Εταιριών -ΥΣΑΕ) για την εκτέλεση των προβλεπόμενων εκ του νόμου αρμοδιοτήτων τους, για την προστασία της ασφαλιστικής αγοράς και την αποφυγή της ασφαλιστικής απάτης, ενώ τα προσωπικά δεδομένα σας ενδέχεται να διαβιβαστούν σε άλλες ασφαλιστικές εταιρίες, προκειμένου να λάβει χώρα διακανονισμός στο πλαίσιο της συμφωνίας άμεσου διακανονισμού ζημιών από τροχαίο ατύχημα.

5. Αυτοματοποιημένη επεξεργασία δεδομένων

Αυτοματοποιημένη επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και σχετική (αυτοματοποιημένη) απόφαση πραγματοποιείται μόνο κατά την ασφάλιση ΙΧ και άλλων οχημάτων, κυρίως μέσω του απευθείας καναλιού

πωλήσεων ασφαλιστικών προϊόντων από την εταιρία INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε. με την εμπορική ονομασία "Anytime". Μέσω αυτών των αυτοματοποιημένων μέσων, στα οποία έχουν ενσωματωθεί σε μεγάλο βαθμό οι κανόνες ανάλυσης κινδύνων που εφαρμόζει η εν λόγω Εταιρία, λαμβάνονται αποφάσεις πιο σύντομα, με μεγαλύτερη ακρίβεια, διαφάνεια και συνέπεια.

Στις ασφαλίσσεις των κλάδων ασφάλισης Ζωής και Υγείας τους οποίους παρέχει η INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε., χρησιμοποιούνται για τους ίδιους σκοπούς αυτοματοποιημένα εργαλεία κατά την ανάληψη κινδύνου, ωστόσο, στις περιπτώσεις που προκύπτει άρνηση ασφάλισης, αυτές ελέγχονται από υπάλληλο του Τμήματος Ανάλυσης Κινδύνου (Underwriting). Πιο συγκεκριμένα για τις περιπτώσεις που πραγματοποιείται αυτοματοποιημένη επεξεργασία δεδομένων όπως περιγράφκε παραπάνω, ισχύουν τα ακόλουθα:

- (α) Η αυτοματοποιημένη επεξεργασία είναι αναγκαία για την εκτίμηση του ασφαλιστικού κινδύνου, δηλ. προκειμένου η Εταιρία να προτείνει το πλέον πρόσφορο και κατάλληλο ασφαλιστικό προϊόν καθώς και το αυστηρά αναλογικό τίμημα για την ασφάλισή του (ασφάλιστρο). Πιο αναλυτικά, η λογική της αυτοματοποιημένης επεξεργασίας στηρίζεται σε μαθηματικές ή στατιστικές αναλύσεις των σημαντικών από άποψη ασφαλιστικής τεχνικής παραμέτρων που έχουν υιοθετηθεί από την Εταιρία και καθιστούν δυνατή: i) την αντικειμενική αξιολόγηση του κινδύνου, ii) την ένταξη του σε ομοιογενή ομάδα κινδύνων με βάση ιδίως τη συχνότητα και iii) την ένταση των ζημιών που ενδέχεται ο εν λόγω κίνδυνος να επιφέρει, όπως και την ορθή τιμολόγησή του.
- (β) Με βάση την εν λόγω αυτοματοποιημένη επεξεργασία, είναι δυνατόν να προκύψει υψηλότερο ασφάλιστρο. Ωστόσο, στις περιπτώσεις αυτές, πραγματοποιούνται τακτικοί σχετικοί έλεγχοι από αρμόδιους υπαλλήλους μας.
- (γ) Η Εταιρία λαμβάνει όλα τα μέτρα που απαιτούνται δυνάμει του Γενικού Κανονισμού και του Κώδικα Δεοντολογίας Προσωπικών Δεδομένων της ΕΑΕΕ κατά τη λήψη απόφασης βάσει αυτοματοποιημένης επεξεργασίας, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ, τα μέτρα δε αυτά αφορούν ειδικότερα την εξασφάλιση ανθρώπινης παρέμβασης, 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.
- (δ) Η Εταιρία, τέλος, 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. Δεσμευόμαστε επίσης και πραγματοποιούμε κάθε σχετική επεξεργασία προς το σκοπό συμμόρφωσής μας με την FATCA, που αφορά ωστόσο μόνο τα U.S. persons, όπως ορίζονται.
- (ε) Δικαιούστε, να διατυπώσετε την άποψή σας επί απόφασης που ελήφθη βάσει της ως άνω αυτοματοποιημένης διαδικασίας, να την αμφισβητήσετε και να ζητήσετε την επανεξέταση της από αρμόδιο υπάλληλο. Για την άσκηση των δικαιωμάτων σας, θα πρέπει να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (στοιχεία επικοινωνίας dro@interamerican.gr).

6. Για πόσο χρόνο θα κρατάτε τα δεδομένα μου σε αρχείο;

Θα κρατήσουμε τα δεδομένα σας για όσο χρόνο θα διατηρείτε συμβατική σχέση μαζί μας τόσο σε έγχαρτη, όσο και σε ηλεκτρονική μορφή. Σε περίπτωση που, για οποιονδήποτε λόγο, αυτή διακοπεί θα τα κρατήσουμε για όσο χρόνο ακόμα απαιτείται μέχρι να παρέλθει ο χρόνος παραγραφής τυχόν σχετικών αξιώσεων και μέχρι είκοσι (20) έτη, εκτός εάν η νομοθεσία προβλέπει διαφορετική περίοδο διατήρησης ή ο Κώδικας Δεοντολογίας Προσωπικών Δεδομένων της ΕΑΕΕ. Ωστόσο, αν η αίτηση ασφάλισης ή τροποποίησης ασφαλιστικής σύμβασης που μας υποβάλλετε δεν έχει γίνει δεκτή, θα την κρατήσουμε για χρονικό διάστημα μέχρι πέντε (5) ετών από την υποβολή εκτός εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας και μέχρι την περαίωσή της με αμετάκλητη δικαστική απόφαση. Οι ηχογραφημένες κλήσεις διατηρούνται στο αρχείο μας μέχρι 10 χρόνια και μετά διαγράφονται, ενώ τα δεδομένα καταγραφής κλειστού κυκλώματος ασφαλείας (CCTV) διατηρούνται για 15 ημέρες. Σε περίπτωση συμβάντος σε βάρος της Εταιρίας, των υπαλλήλων ή τρίτων επισκεπτών, οι εικόνες στις οποίες έχει καταγραφεί το συγκεκριμένο συμβάν ενδέχεται να τηρηθούν σε ξεχωριστό αρχείο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, σύμφωνα με την εφαρμοστέα νομοθεσία.

7. Χρήση cookies

Η Εταιρία μας χρησιμοποιεί cookies για την εύρυθμη λειτουργία της ιστοσελίδας της. Για περισσότερες πληροφορίες, μπορείτε να ενημερωθείτε διαβάζοντας την Πολιτική μας για τα cookies που είναι διαθέσιμη στο <https://www.interamerican.gr/politikh-cookies>.

8. Ποια δικαιώματα έχω σε σχέση με την επεξεργασία των δεδομένων μου;

Έχετε τα δικαιώματα που ορίζονται στο Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (ΓΚΠΔ, Κανονισμός (Ε.Ε.) 2016/679), στο Ν. 4624/2019 και στον Κώδικα Δεοντολογίας Προσωπικών Δεδομένων της ΕΑΕΕ και συγκεκριμένα μπορείτε να ασκήσετε, κατά περίπτωση, τα εξής δικαιώματα:

- (1) **το δικαίωμα πρόσβασης** για να μάθετε ποια δεδομένα σας επεξεργαζόμαστε, για ποιο λόγο και τους αποδέκτες τους καθώς και να λάβετε αντίγραφα των δεδομένων που τηρούνται στην Εταιρία μας.
- (2) **το δικαίωμα διόρθωσης** για να ζητήσετε να διορθωθούν τυχόν ελλείψεις ή ανακρίβειες των δεδομένων σας
- (3) **το δικαίωμα διαγραφής** για να ζητήσετε τη διαγραφή των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, εφόσον δεν επιθυμείτε πια αυτά τα δεδομένα να αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας, και εφόσον δεν υφίσταται νόμιμος λόγος να τα κατέχει και να τα επεξεργάζεται η Εταιρία μας ως Υπεύθυνη επεξεργασίας

Πότε μπορούμε να αρνηθούμε αιτήματα διαγραφής; Πρέπει να γνωρίζετε ότι το δικαίωμα διαγραφής δεν είναι απόλυτο δικαίωμα, δεν μπορεί να ικανοποιηθεί, όταν οι πληροφορίες σας υποβάλλονται σε επεξεργασία για συγκεκριμένους νόμιμους λόγους όπως αυτοί που περιγράφηκαν ανωτέρω, συμπεριλαμβανομένης της άσκησης ή υπεράσπισης νομικών αξιώσεων της Εταιρίας

Πρέπει να ενημερώσουμε άλλους παραλήπτες των προσωπικών σας δεδομένων, σχετικά με το αίτημά σας για διαγραφή; Σε περίπτωση που το δικαίωμά σας για διαγραφή ικανοποιηθεί εφόσον έχουμε πάρει σχετική προσωπικά δεδομένα που θέλετε να διαγραφούν σε τρίτους θα λάβουμε μέτρα να τους ενημερώσουμε για το αίτημα διαγραφής σας, ώστε, με τη σειρά τους, να διαγράψουν τα εν λόγω προσωπικά δεδομένα αλλά ενδέχεται να μην είναι πάντα εφικτό ή μπορεί να συνεπάγεται δυσανάλογη προσπάθεια εκ μέρους της Εταιρίας μας.

- (4) **το δικαίωμα του περιορισμού της επεξεργασίας** για να περιορίσετε την επεξεργασία των Προσωπικών σας Δεδομένων όταν διαφωνείτε με την ακρίβεια των πληροφοριών και μέχρι να επαληθευτεί η ακρίβεια των πληροφοριών ή εάν η επεξεργασία δεν είναι πλέον απαραίτητη για την Εταιρία αλλά εσείς τα χρειάζεστε, για να ενεργείτε, να ασκήσετε ή να υπερασπιστείτε μια νομική αξίωση.

Πρέπει να ενημερώσουμε άλλους παραλήπτες των προσωπικών σας δεδομένων σχετικά με τον περιορισμό; Στην περίπτωση που έχουμε μοιραστεί τα Προσωπικά σας Δεδομένα με τρίτους, Θα λάβουμε μέτρα εφόσον αυτό είναι εφικτό να τους ενημερώσουμε, σχετικά με τον περιορισμό της επεξεργασίας των πληροφοριών σας, ώστε να μην συνεχίσουν να τα επεξεργάζονται.

Πότε μπορούμε να αρνηθούμε αιτήματα περιορισμού της επεξεργασίας; Πρέπει να γνωρίζετε ότι και αυτό το δικαίωμα δεν είναι απόλυτο δικαίωμα, δεν μπορεί να ικανοποιηθεί, όταν οι πληροφορίες σας υποβάλλονται σε επεξεργασία για συγκεκριμένους νόμιμους λόγους όπως αυτοί που περιγράφηκαν ανωτέρω, συμπεριλαμβανομένης της άσκησης ή υπεράσπισης νομικών αξιώσεων της Εταιρίας

- (5) **το δικαίωμα φορητότητας** για να λάβετε τα δεδομένα σας σε δομημένο και κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο.

Παρακαλείσθε να ορίζετε σαφώς στην αίτησή σας το δικαίωμα που ασκείτε σε σχέση με τα προσωπικά δεδομένα που ζητάτε. Εάν η αίτησή σας δεν είναι σαφής, ενδέχεται να σας ζητήσουμε περαιτέρω προσωπικά δεδομένα, για διευκρινιστικούς λόγους. Για να μπορέσουμε να διευθετήσουμε το εκάστοτε αίτημά σας, μπορούμε να ζητήσουμε απόδειξη ταυτότητας, διαβατηρίου και αρκετά επιπρόσθετα προσωπικά σας δεδομένα, για να εντοπίσουμε με ασφάλεια τα προσωπικά δεδομένα που ζητάτε.

Εφόσον ασκήσετε οποιαδήποτε από τα δικαιώματά σας αυτά, θα λάβουμε κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίηση του αιτήματός σας εντός **τριάντα (30) ημερών** από τη λήψη του σχετικού αιτήματος, αφού σας ενημερώσουμε είτε για την ικανοποίησή του, είτε για τους αντικειμενικούς λόγους που εμποδίζουν την ικανοποίησή του. Πέραν αυτών, μπορείτε οποιαδήποτε στιγμή να **εναντιωθείτε** στην επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων για τους σκοπούς της σύμβασης ασφάλισης, ανακαλώντας της συγκατάθεσή σας. Ωστόσο, αυτό θα οδηγήσει σε λήξη της σύμβασης

ασφάλισή σας και ενδεχομένως σε μη κάλυψή σας, επειδή (σύμφωνα και με όσα προαναφέρθηκαν) καμία σύμβαση ασφάλισης δεν λειτουργεί χωρίς επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων του ασφαλισμένου προσώπου.

9. Πώς διασφαλίζετε την ασφάλεια των δεδομένων μου;

- Η ασφάλεια των δεδομένων σας είναι για μας απόλυτη δέσμευση. Για να το πετύχουμε αυτό, εφαρμόζουμε όλα τα **σύγχρονα και κατάλληλα** για τους σκοπούς της επεξεργασίας τεχνικά και **οργανωτικά μέτρα**, την ανταπόκριση των οποίων ελέγχουμε ανά τακτά χρονικά διαστήματα προκειμένου:
- Να προστατεύσουμε τα προσωπικά σας δεδομένα, από μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση και ακατάλληλη χρήση.
- Να διασφαλίσουμε τα συστήματα πληροφορικής μας και να προφυλάσσουμε τις πληροφορίες
- Ενδεικτικά μέτρα που υποστηρίζουν τόσο την φυσική αλλά και ηλεκτρονική ασφάλεια των δεδομένων που τίθενται σε επεξεργασία στην Εταιρία μας είναι η φυσική παρουσία ασφαλείας στα κτίρια μας, η εγκατάσταση κλειστού κυκλώματος παρακολούθησης των κρίσιμων για εμάς χώρων, η εφαρμογή Πολιτικής Ορθής Χρήσης Πόρων, Πολιτικής Ασφάλειας και υποστηρικτικών διαδικασιών, η εγκατάσταση τείχους προστασίας (firewall), λογισμικού προστασίας από ιούς (antivirus, anti-malware), η εφαρμογή συστήματος πρόληψης διαρροής δεδομένων (dlp), η χρήση ελέγχου ταυτότητας 2 παραγόντων (2 Factor Authentication), η κατά περίπτωση κρυπτογράφηση και άλλα.

10. Θα κάνετε επεξεργασία των δεδομένων μου και για εμπορικούς σκοπούς κ.λπ.;

Για το χρόνο διάρκειας της επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων που σας αναφέρουμε παραπάνω, θα επεξεργαστούμε μόνο τα απλά δεδομένα σας (όχι όμως αυτά των ΕΚΔΠΧ πρώην ευαίσθητα) και για τους σκοπούς προώθησης άλλων ή συμπληρωματικών με τις ανάγκες σας ασφαλιστικών προϊόντων ή υπηρεσιών, είτε της εταιρίας μας, είτε άλλων εταιριών του Ομίλου INTERAMERICAN, είτε για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή ερευνών αγοράς, υπό την ρητή προϋπόθεση ότι θα μας έχετε δώσει τη ρητή συγκατάθεσή σας. Η Εταιρία μας

στο πλαίσιο αυτό θα σας αποστέλλει ενημερώσεις προώθησης υπηρεσιών ή νέων προϊόντων, ειδικές προσφορές χρησιμοποιώντας τους τρόπους επικοινωνίας που έχετε δηλώσει κατά τη σύναψη της συνεργασίας μας. Οι σχετικές ενέργειες ενδέχεται να πραγματοποιηθούν και μέσω συνεργαζόμενων εταιριών (MailChimp, Facebook, Eloqua) οπότε και θα διαβιβαστούν δεδομένα σας στις συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και προωθητικών ενεργειών. Αν θέλετε να σταματήσουμε να σας αποστέλλουμε τέτοιου είδους ενημερώσεις, κάθε φορά που λαμβάνετε άμεση ενημέρωση προώθησης υπηρεσιών, θα σας γνωστοποιούμε και τον τρόπο με τον οποίο μπορείτε να καταργήσετε τη συγκατάθεσή σας.

Μπορείτε να **εναντιωθείτε ανά πάσα στιγμή** σε αυτή την επεξεργασία των δεδομένων σας (για εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς) μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων Στην περίπτωση αυτή, τα δεδομένα σας δεν θα υποβάλλονται πλέον σε επεξεργασία για εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς.

11. Προσωπικά δεδομένα ανήλικων ατόμων

Η Εταιρία δεν αναζητά ούτε συλλέγει σκοπίμως προσωπικά δεδομένα από άτομα ηλικίας κάτω των δεκαπέντε (15) ετών (ή όποιο ηλικιακό όριο εκάστοτε τίθεται από την ελληνική νομοθεσία), ούτε το περιεχόμενο της ιστοσελίδας της απευθύνεται σε άτομα των ηλικιών αυτών. Για ανήλικους κάτω των 15 ετών οι οποίοι συμμετέχουν στην ασφάλιση με την ιδιότητα του ασφαλισμένου ή και δικαιούχου, η επεξεργασία είναι σύμφωνη μόνο εάν η συγκατάθεση παρέχεται ή εγκρίνεται από το πρόσωπο που έχει τη γονική μέριμνα του ανήλικου. 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.

* Η παρούσα Ενημέρωση για την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων επικαιροποιήθηκε την 14 Νοεμβρίου 2019. Διατηρούμε το δικαίωμα να τροποποιήσουμε ή να επικαιροποιήσουμε την παρούσα Ενημέρωση ανά πάσα στιγμή. Θα σας ειδοποιήσουμε για οποιεσδήποτε αλλαγές, δημοσιεύοντας τη νέα Ενημέρωση, με ανάρτηση στην ιστοσελίδα της Εταιρίας μας και ενημερώνοντάς σας με κάθε πρόσφορο μέσο, με την πρώτη ευκαιρία, συμπεριλαμβανομένων των μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Σας ενθαρρύνουμε επίσης να συμβουλευέστε τακτικά την παρούσα Ενημέρωση για τυχόν αλλαγές.

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΕΚΔΠΧ)

Με την ιδιότητά μου ως Συμβαλλόμενος, δηλώνω ότι:

- Διάβασα το τμήμα αίτησης ασφάλισης *Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων* που προηγήθηκε.
- Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των ΔΠΧ (απλά δεδομένα) και ΕΚΔΠΧ (πρώην ευαίσθητα), που πραγματοποιούν οι εταιρίες με τις επωνυμίες «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.», «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε. ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ» και «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.».
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης).
- Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στις παραπάνω εταιρίες για τα εξής:
 1. Για την επεξεργασία των ΕΚΔΠΧ που περιλαμβάνονται σε αυτή την αίτηση ασφάλισης, καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση των εταιριών αυτών στο μέλλον και έχουν σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης που αιτούμαι, καθώς και με τη λειτουργία της.
 2. Για την τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω δεδομένα σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή.
- Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ είναι απολύτως αναγκαία για την λειτουργία της σύμβασης ασφάλισης που αιτούμαι και ότι τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον, θα δίνει στις παραπάνω εταιρίες το δικαίωμα να καταγγείλουν τη σύμβαση ασφάλισης, με άμεση ισχύ.

☐

Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

☐

ΔΕΝ Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ) για Εμπορικούς / Προωθητικούς / Ερευνητικούς Σκοπούς

Με την ιδιότητά μου ως Συμβαλλόμενος, δηλώνω ότι:

- Διάβασα το τμήμα αίτησης ασφάλισης *Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων* που προηγήθηκε.
- Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των ΔΠΧ, που μπορούν να πραγματοποιήσουν οι εταιρίες με τις επωνυμίες «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.», «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε. ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ» και «ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.» για εμπορικούς, προωθητικούς και ερευνητικούς σκοπούς.
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης).

☐

Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

☐

ΔΕΝ Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

σύμφωνα με το Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679, στις παραπάνω εταιρίες, για την επεξεργασία των ΔΠΧ που περιλαμβάνονται στην αίτηση αυτή για εμπορικούς, προωθητικούς και ερευνητικούς σκοπούς, καθώς και για την τήρηση σχετικού αρχείου.

