

Παρακαλούμε να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις της αίτησης  
[ΣΥΝΟΛΟ ΣΕΛΙΔΩΝ: 4]

## Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης

Επώνυμο	Όνομα		
Πατρώνυμο	A.Δ.Τ.	Διαβατήριο	
A.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.		
Ημερομηνία Γέννησης	Υπηκοότητα		
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό		
Κύριο Επάγγελμα	E-mail		
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	T.K.	Πόλη	
Σχέση με τον κυρίως Ασφαλιζόμενο			

## Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζόμενου

Επώνυμο	Όνομα		
Πατρώνυμο	A.Δ.Τ.	Διαβατήριο	
A.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.		
Ημερομηνία Γέννησης	Υπηκοότητα		
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό		
Κύριο Επάγγελμα	E-mail		
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	T.K.	Πόλη	
ΑΜΚΑ	Ταμείο Ασφάλισης	Βιβλιάριο Ασθενείας ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Ύψος/Βάρος

## Διάρκεια Ασφάλισης & Τρόπος Πληρωμής Ασφαλίσεων

Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης	ΕΛΑ
<b>Συχνότητα Πληρωμής</b> Ετήσια <input type="checkbox"/> 6μηνη <input type="checkbox"/> 3μηνη <input type="checkbox"/> Μηνιαία* <input type="checkbox"/> (*μόνο μέσω Πάγιας Εντολής Χρέωσης Τραπεζικού Λογαριασμού)		
<b>Πάγια Εντολή Χρέωσης Τραπεζικού Λογαριασμού</b> <input type="checkbox"/> (απαιτείται συμπλήρωση του εντύπου Πάγιας Εντολής)		

## Δικαιούχοι (σε περίπτωση Απώλειας Ζωής)

Οι νόμιμοι κληρονόμοι

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ

## Εξαρτώμενα Μέλη

	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΠΑΙΔΙΑ		
		1° μέλος	2° μέλος	3° μέλος
Επώνυμο				
Όνομα				
Πατρώνυμο				
Ημερομηνία Γέννησης				
Επάγγελμα				
Α.Φ.Μ.				
Δ.Ο.Υ.				
Ύψος / Βάρος				
Ταμείο Ασφάλισης				
ΑΜΚΑ				
Βιβλιάριο Ασθενείας	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

## Ασφαλιστικές Καλύψεις

ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ		
	Ασφαλιζόμενος	Σύζυγος	Παιδιά
<input type="checkbox"/> <b>Θάνατος, Μόνιμη Ολική &amp; Μερική Ανικανότητα</b> από Ατύχημα			
<input type="checkbox"/> <b>Ιατροφαρμακευτικά Έξοδα</b> από Ατύχημα			
<input type="checkbox"/> <b>Νοσοκομειακό Επίδομα Περιθαλψης</b> από Ατύχημα			
<input type="checkbox"/> <b>Πρόσκαιρη Ολική Ανικανότητα</b> από Ατύχημα, ημερησίως Αποζημίωση από: ..... ημέρα			
<input type="checkbox"/> <b>Απώλεια Εισοδήματος</b> από Ασθένεια, μηνιαίως Αποζημίωση από ..... ημέρα στο νοσοκομείο και από ..... στο σπίτι			
<input type="checkbox"/> <b>Νοσοκομειακό Επίδομα Περιθαλψης &amp; Ανάρρωσης</b> από Ατύχημα & Ασθένεια Σχέδιο .....			
<input type="checkbox"/> <b>Μόνιμη Ολική Ανικανότητα</b> από Ασθένεια			
<input type="checkbox"/> <b>Επίδομα Σοβαρών Ασθενειών</b> Σχέδιο .....			
<input type="checkbox"/> <b>Χειρουργικό Επίδομα</b> Σχέδιο .....			
<input type="checkbox"/> <b>Απαλλαγή Πληρωμής Ασφαλίστρων</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Εξωνοσοκομειακή Περιθαλψη</b> Σχέδιο .....			
<input type="checkbox"/> <b>Υγεία OPTIMUM</b> Σχέδιο .....			
<input type="checkbox"/> <b>Υγεία MAXIMUM</b> Σχέδιο ..... Θέση Νοσηλείας: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> <b>HOSPITAL Protection</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Προστασία PERSONAL</b> Σχέδιο .....			
<input type="checkbox"/> <b>FAMILY+</b> Σχέδιο .....			
<input type="checkbox"/> <b>BONUS x5</b> Σχέδιο .....			
<input type="checkbox"/> <b>Εγγυημένη ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ</b> Σχέδιο .....			
<input type="checkbox"/> <b>LIFE Care</b>			
<input type="checkbox"/> <b>IMMIGRANTS Care</b> Πρόγραμμα Ασφάλισης Αλλοδαπών			
<input type="checkbox"/> <b>ERASMUS</b>			

## Ερωτηματολόγιο Προσώπων προς Ασφάλιση

	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	ΣΥΖΥΓΟΣ
Ημερήσια Κατανάλωση Καπνού		
Ημερήσια Κατανάλωση Οινόπνευματος		
<b>Το ερωτηματολόγιο αφορά όλα τα πρόσωπα προς Ασφάλιση (Ασφαλιζόμενο &amp; Εξαρτώμενα Μέλη)</b>		<b>ΝΑΙ</b> <b>ΟΧΙ</b>
<b>1.</b> Έχετε εκπληρώσει τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις; (μόνο για άνδρες)		
<b>2.</b> Οδηγάτε δίκυκλο; (αναφέρατε cc)		
<b>3.</b> Θέλετε να καλύψετε κατά τη διάρκεια οδήγησης δίκυκλο, γεωργικών/αγροτικών μηχανημάτων;		
<b>4.</b> Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα, ανικανότητα, αναπηρία, δυσμορφία ή συγγενή πάθηση;		
<b>5.</b> Έχετε υποβάλει ποτέ αίτηση για ασφάλιση ή έχετε συνάψει Ασφαλιστήριο Ζωής, Υγείας ή Ανικανότητας που έχει γίνει δεκτό ή απορριφθεί, ανασταλεί ή ακυρωθεί;		
<b>6.</b> Έχετε λάβει ποτέ αποζημίωση από οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρία ή άλλο φορέα ασφάλισης για Ανικανότητα από Ατύχημα ή Ασθένεια;		
<b>7.</b> Είστε αθλητής σε επαγγελματικό ή ερασιτεχνικό σωματείο; Έχετε κάποιο hobby ή ασχολείστε με extreme sports;		
<b>8.</b> Είστε αριστερόχειρας;		
<b>9.</b> Υποφέρουν ή υπέφεραν γονείς ή αδέρφια από διαβήτη, υπέρταση, καρδιακή πάθηση, καρκίνο ή άλλα κληρονομικά νοσήματα;		
<b>10.</b> Έχετε ασθενήσει ποτέ ή πάσχετε από:		
<b>α.</b> Νοσήματα καρδιάς ή κυκλοφορικού συστήματος (π.χ. ισχαιμικές καρδιοπάθειες, έμφραγμα, υπέρταση, αρρυθμίες, αγγειοπάθειες κ.λπ.);		
<b>β.</b> Νοσήματα των λεμφαδένων ή του αίματος;		
<b>γ.</b> Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα, εμφύσημα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.λπ.);		
<b>δ.</b> Νοσήματα του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ. παθήσεις του στομάχου, εντέρου, οισοφαγού, παγκρέατος, χοληδόχου κύστης κ.λπ.);		
<b>ε.</b> Νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος (π.χ. παθήσεις νεφρών, προστάτη, κύστης, γεννητικών οργάνων κ.λπ.);		
<b>ζ.</b> Ωτορινολαρυγγολογικά νοσήματα (π.χ. ρινικό διάφραγμα, αμυγδαλές, αδενοειδείς εκβλαστήσεις κ.λπ.);		
<b>η.</b> Νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος (π.χ. σπονδυλική στήλη, μυών, αρθρώσεων κ.λπ.);		
<b>θ.</b> Νοσήματα του δέρματος;		
<b>ι.</b> Νοσήματα του εγκεφάλου ή του νευρικού συστήματος ή κάποια ψυχική νόσο;		
<b>κ.</b> Ενδοκρινολογικές παθήσεις (π.χ. θυρεοειδή, ωθηκών κ.λπ.);		
<b>λ.</b> Ρευματικά νοσήματα (π.χ. ρευματικό πυρετό, ρευματοειδή αρθρίτιδα, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα κ.λπ.);		
<b>11.</b> Είχατε ποτέ ή πάσχετε από:		
<b>α.</b> Ραγάδες δακτύλιου, περιεδρικό απόστημα, κύστη κόκκυγος;		
<b>β.</b> Ομφαλοκήλη, βουβωνοκήλη ή άλλες κήλες;		
<b>γ.</b> Γυναικολογικές παθήσεις; (μόνο για γυναίκες) Είστε έγκυος;		
<b>12.</b> Έχετε παρουσιάσει ποτέ ή πάσχετε από καλοήγη νεοπλασμάτα (π.χ. λιπώματα ή όγκο ή καρκίνο κ.λπ.);		
<b>13.</b> Έχετε κάποιο ελάττωμα στην ακοή, στην όμιλία ή στην όραση;		
<b>14.</b> Έχετε προσβληθεί ποτέ ή πάσχετε από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (π.χ. ηπατίτιδα, HPV λοίμωξη κ.λπ.);		
<b>15.</b> Νοσηλευτήκατε ποτέ για οποιαδήποτε αιτία και πότε;		
<b>16.</b> Έχετε υποστεί οποιοδήποτε ατύχημα με αποτέλεσμα κάκωση μυών, οστών ή αρθρώσεων και γενικά του μυοσκελετικού συστήματος; Σε ποιες εξετάσεις υποβλήθηκατε;		
<b>17.</b> Έχετε υποβληθεί την τελευταία 5ετία σε ιατρικές εξετάσεις;		
<b>18.</b> Υποφέρει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας (γονείς, αδέρφια) από χρόνια πάθηση;		
<b>19.</b> Πάσχετε από σακχαρώδη διαβήτη ή υπέρταση;		
<b>20.</b> Πήρατε ποτέ ή παίρνετε τώρα φάρμακα για οποιαδήποτε αιτία που σχετίζεται με χρόνια πάθηση (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση κ.λπ.);		
<b>21.</b> Έχετε περάσει άλλη ασθένεια, είχατε ή έχετε ενοχλήματα με περιπτώσεις που δεν έχουν αναφερθεί σε προηγούμενες ερωτήσεις;		
<b>22.</b> Έχετε νοσήσει από COVID-19 ή έχετε νοσηλευτεί λόγω COVID-19;		

### α. COVID-19 χωρίς νοσηλεία

Χρονικό διάστημα μεταξύ ημερομηνίας αίτησης και ημερομηνίας διάγνωσης με COVID-19:  Μικρότερο των 2 μηνών  Μεγαλύτερο των 2 μηνών

### β. COVID-19 με νοσηλεία

Η νοσηλεία σας έγινε σε κλίνη:  Απλή  Μ.Ε.Θ.

Χρονικό διάστημα μεταξύ ημερομηνίας αίτησης και ημερομηνίας εξόδου από το νοσοκομείο:  Μικρότερο των 4 μηνών  Μεγαλύτερο των 4 μηνών

## Διευκρινίσεις Ερωτηματολογίου

Παρακαλούμε εξηγήσατε λεπτομερώς τις καταφατικές απαντήσεις, δίδοντας στον πιο κάτω πίνακα, τον αριθμό της ερώτησης και το όνομα του προτεινόμενου για ασφάλιση.


# Δηλώσεις - Εξουσιοδοτήσεις - Συγκαταθέσεις

Ο υπογράφων, με την ιδιότητα του κυρίως ασφαλισμένου ή ως ασκών τη γονική μέριμνα του ανήλικου τέκνου μου ως εξαρτώμενου και ασφαλισμένου μέλους ή ως εξαρτώμενο μέλος, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε εμένα περιστατικών που είναι ουσιώδη για τη σύναψη αυτής της ασφάλισης, δηλώνω ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα αίτηση και αφορούν εμένα καθώς και την υγεία των υποψηφίων για ασφάλιση είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιεσδήποτε παραλείψεις και μεταβολές. Αποδέχομαι δε ότι θα αποτελέσουν τη βάση για το υπό έκδοση Ασφαλιστήριο και την αντιμετώπιση της ασφαλιστικής περίπτωσης. Έχω λάβει επίσης γνώση του δικαιώματος της Εταιρείας να αρνηθεί την αίτηση για ασφάλιση ή να την κάνει αποδεκτή με όρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται, χωρίς την υποχρέωση να δικαιολογήσει την απόφασή της.

**1. Γνωρίζω ότι στην ασφάλιση αυτή ισχύουν οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι που μου παραδόθηκαν αλλά και των οποίων έχω λάβει γνώση διαβάζοντάς τους στην ιστοσελίδα της Εταιρείας σας. Στους Όρους αυτούς περιλαμβάνονται και Εξαιρέσεις τις οποίες και αποδέχομαι. Με την παρούσα υποβάλλω αίτηση ασφάλισης που θα περιλαμβάνει όλους τους ανωτέρω Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης.**

**2. Παρέλαβα το ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 150 του Ν.4364/2016 όπως αυτό ισχύει και τις σχετικές δηλώσεις εναντίωσης και υπαναχώρησης.**

**3. Συγκατάθεση για τη χρήση ΑΜΚΑ:** Έχω ενημερωθεί και δίνω τη συγκατάθεσή μου σε κάθε συνεργαζόμενο με την Εταιρεία Ιατρό, να έχει πρόσβαση στα δικά μου προσωπικά δεδομένα υγείας, στα δεδομένα υγείας των εξαρτώμενων ασφαλισμένων μελών, που περιλαμβάνονται στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ και σε αντίστοιχες δημόσιες υπηρεσίες χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της χώρας καταγωγής μας και να χρησιμοποιεί τον/τους αναφερόμενους ως άνω ΑΜΚΑ και να τα γνωστοποιήσει στην ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. ώστε να επεξεργαστεί τα ιατρικά δεδομένα που θα προκύψουν. Στα δεδομένα αυτά θα έχει πρόσβαση μόνον ειδικά εξουσιοδοτημένο προσωπικό της Εταιρείας, και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για την εκτίμηση του ασφαλιστικού κινδύνου/ασφαλιστικής κάλυψης που συνδέεται με την παρούσα αίτηση ασφάλισης.

<b>Κυρίως Ασφαλιζόμενος</b> καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχων τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους	<b>Εξαρτώμενα Μέλη</b>
<b>Συμναιώ</b> <input type="checkbox"/> <b>Δεν συμναιώ</b> <input type="checkbox"/> (check & υπογραφή)	<b>Συμναιώ</b> <input type="checkbox"/> <b>Δεν συμναιώ</b> <input type="checkbox"/> (check & υπογραφή)

**4. Συγκατάθεση για τη χρήση Ιατρικών Δεδομένων:** Έχω ενημερωθεί και συμναιώ η ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. να αναζητεί και να λαμβάνει κάθε πληροφορία ή αρχείο (π.χ. εξετάσεις, γνωματεύσεις, ιστορικό) από τους ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που περιέβαλαν εμένα ή το εξαρτώμενο ασφαλισμένο μέλος και να διενεργεί κάθε αναγκαία έρευνα για την αναφερόμενη στην παρούσα ασφαλιστική περίπτωση. Επίσης συμναιώ και παρέχω με την παρούσα, την ειδική εντολή στους ιατρούς αυτούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα να χορηγούν γραπτά ή προφορικά στοιχεία που θα ζητήσει η Εταιρεία και αφορούν σε προσωπικά δεδομένα υγείας, δικά μου ή των εξαρτώμενων ασφαλισμένων μελών σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου που αναφέρεται στην παρούσα. Η εξουσιοδότηση στους ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα παρέχεται για όλη τη διάρκεια του ασφαλιστηρίου συμβολαίου και καταλαμβάνει και την περίπτωση δικού μου θανάτου ή των εξαρτώμενων ασφαλισμένων μελών.

<b>Κυρίως Ασφαλιζόμενος</b> καθώς και υπέρ ανηλίκων, ως έχων τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους	<b>Εξαρτώμενα Μέλη</b>
<b>Συμναιώ</b> <input type="checkbox"/> <b>Δεν συμναιώ</b> <input type="checkbox"/> (check & υπογραφή)	<b>Συμναιώ</b> <input type="checkbox"/> <b>Δεν συμναιώ</b> <input type="checkbox"/> (check & υπογραφή)

**5. Συγκατάθεση σχετικά με ασφάλιση μέσω SMS, E-mail:** Συμναιώ στην ενημέρωσή και λήψη εγγράφων που αφορούν στην ασφάλιση (π.χ. Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, Ανανέωση, Είδοποιηση Πληρωμής κ.λπ.) μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης (e-mail) ή/και μέσω γραπτού μηνύματος sms στο κινητό τηλέφωνο.

<b>Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης</b>
<b>Συμναιώ</b> <input type="checkbox"/> <b>Δεν συμναιώ</b> <input type="checkbox"/> (check & υπογραφή)

**6. Συγκατάθεση σχετικά με διαφημιστικούς, εμπορικούς σκοπούς:** Συμναιώ να λαμβάνω ενημερώσεις για διαφημιστικούς, εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς και σκοπούς προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών με αυτοματοποιημένα μέσα π.χ. μέσω e-mail, SMS, μέσω κοινωνικής δικτύωσης ή τηλεφωνικά.

<b>Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης</b>
<b>Συμναιώ</b> <input type="checkbox"/> <b>Δεν συμναιώ</b> <input type="checkbox"/> (check & υπογραφή)

**7. Ενημέρωση σχετικά με την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων:** Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα επιβεβαιώνει ότι έχω ενημερωθεί από το «Έντυπο Ενημέρωσης για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα» σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ και όσες προκύπτουν από την επέλευση του ασφαλιστικού κινδύνου (π.χ. εξετάσεις, γνωματεύσεις, ιστορικό κ.λπ.) από τους Ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που περιέβαλαν εμένα ή/και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη, θα κοινοποιηθούν μόνο σε συνεργαζόμενους Ιατρούς, Νοσηλευτικά Ιδρύματα και Διαγνωστικά Κέντρα που δεσμεύονται από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων και τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Τα δεδομένα που αφορούν απλές κατηγορίες δεδομένων, όπως ενδεικτικά οι πληροφορίες σχετικά με το όνομα και τα στοιχεία επικοινωνίας, συλλέγονται για τον σκοπό της σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης και είναι απαραίτητα για την εκτέλεσή της ή για να ληφθούν μέτρα πριν από τη σύναψη. Η εταιρεία ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. δεν διαβιβάζει εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα Προσωπικά Δεδομένα που αφορούν εμένα και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη. Στις περιπτώσεις που τέτοια διαβίβαση είναι απαραίτητη (για παράδειγμα, αν η χώρα καταγωγής είναι εκτός της Ε.Ε.) η διαβίβαση γίνεται τηρώντας τις προϋποθέσεις ασφάλειας και εγγύησης των δικαιωμάτων που θέτει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων.

- Τα δεδομένα υγείας που αφορούν εμένα και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη, όπως ενδεικτικά οι πληροφορίες που αναφέρονται στο παρόν ερωτηματολόγιο, δεδομένα υγείας που περιλαμβάνονται στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ και όσες προκύπτουν από την επέλευση του ασφαλιστικού κινδύνου (π.χ. εξετάσεις, γνωματεύσεις, ιστορικό κ.λπ.) από τους Ιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που περιέβαλαν εμένα ή/και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη, θα κοινοποιηθούν μόνο σε συνεργαζόμενους Ιατρούς, Νοσηλευτικά Ιδρύματα και Διαγνωστικά Κέντρα που δεσμεύονται από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων και τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Τα δεδομένα που αφορούν απλές κατηγορίες δεδομένων, όπως ενδεικτικά οι πληροφορίες σχετικά με το όνομα και τα στοιχεία επικοινωνίας, συλλέγονται για τον σκοπό της σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης και είναι απαραίτητα για την εκτέλεσή της ή για να ληφθούν μέτρα πριν από τη σύναψη. Η εταιρεία ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. δεν διαβιβάζει εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα Προσωπικά Δεδομένα που αφορούν εμένα και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη. Στις περιπτώσεις που τέτοια διαβίβαση είναι απαραίτητη (για παράδειγμα, αν η χώρα καταγωγής είναι εκτός της Ε.Ε.) η διαβίβαση γίνεται τηρώντας τις προϋποθέσεις ασφάλειας και εγγύησης των δικαιωμάτων που θέτει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων.
- Τα δεδομένα υγείας που αφορούν εμένα και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη θα διατηρούνται όσο χρόνο διαρκεί η Ασφαλιστική Σύμβαση και οπωσδήποτε μέχρι την παραγραφή των αξιώσεων που προκύπτουν από αυτήν τη σύμβαση, ή σε περίπτωση δικαστικής διεκδίκησης, μέχρι την ολοκλήρωση της διαδικασίας στο Δικαστήριο. Τα δεδομένα που συλλέγονται για τη λήψη εγγράφων που αφορούν στην ασφάλιση, μέσω SMS και ενημερώσεων για διαφημιστικούς σκοπούς, διατηρούνται για όσο χρόνο διαρκεί η ασφάλιση και για δύο (2) έτη μετά τη λήξη της. Σε περίπτωση που το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο δεν συναφθεί, για οποιοδήποτε λόγο, τα δεδομένα τηρούνται για πέντε (5) έτη. Τέλος, για τις περιπτώσεις που ενδέχεται να διενεργηθεί προασφαλιστικός έλεγχος, έχω ενημερωθεί για τη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων από τον αρμόδιο πάροχο υπηρεσιών Υγείας και από το «Έντυπο Ενημέρωσης για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα».
- Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω ελεύθερα ανά πάσα στιγμή την παρούσα συγκατάθεση σχετικά με τις επεξεργασίες α, β, γ και δ και ότι τοχόν ανάκληση δεν θίγει τη νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεσή μου πριν την ανάκλησή της. Γνωρίζω ότι άρνηση ή ανάκληση της σχετικής συναίνεσης δίνει το δικαίωμα στην Εταιρεία να καταγγείλει ή τη σύμβαση. Έχω ενημερωθεί και για τα δικαιώματά μου, εγώ και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη, έχουμε και διατηρούμε, ως υποκείμενα των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας, εναντίωσης στην επεξεργασία αυτών, το δικαίωμα εξασφάλισης ανθρώπινης παρέμβασης σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες) και την άσκησή τους με την αποστολή e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση dro@interlife.gr ή τηλεφωνικά στο 2310499000. Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερθέντων δικαιωμάτων, η εταιρεία ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή του εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτάς για την ικανοποίησή του ή τους λόγους που εμποδίζουν την άσκηση. Σε κάθε περίπτωση, δικαιούμαι να απευθυνθώ στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, είτε σε γραπτή μορφή (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 11523), είτε ηλεκτρονικά ([www.dpa.gr](http://www.dpa.gr)).

<b>Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης</b>					
(υπογραφή)					
<b>Συμβαλλόμενος</b>		<b>Κυρίως Ασφαλιζόμενος</b>		<b>Συnergάτης</b>	
<b>Επωνυμία</b>		<b>Επωνυμία</b>		<b>Επωνυμία</b>	
<b>Α.Φ.Μ.</b>		<b>Α.Φ.Μ.</b>		<b>Α.Φ.Μ.</b>	
<b>Α.Ε.Μ.</b>		<b>Α.Ε.Μ.</b>		<b>Α.Ε.Μ.</b>	
(υπογραφή)		(υπογραφή)		(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	

Τόπος .....

Ημερομηνία .....