



ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

| | | |
|--|---------------------------|------------------------------|
| ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝ ΠΡΟΣΩΠΟ | ΕΠΩΝΥΜΙΑ: | Α.Φ.Μ.: |
| | ΑΡ.ΕΙΔ.ΜΗΤΡΩΟΥ : | ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ: |
| ΣΥΜΒΑΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝ ΠΡΟΣΩΠΟ | ΕΠΩΝΥΜΙΑ: | Α.Φ.Μ.: |
| | ΑΡ.ΕΙΔ.ΜΗΤΡΩΟΥ : | ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ: |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ | ΕΠΩΝΥΜΙΑ: | Α.Φ.Μ.: |
| | ΑΡ.ΕΙΔ.ΜΗΤΡΩΟΥ : | ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ: |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: |
| | Α.Φ.Μ.: | |
| Δ.Ο.Υ.: | Δ.Α.Τ. ή ΑΡ. ΔΙΑΒ.: | ΗΜ. ΓΕΝ.: |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: | ΠΟΛΗ: |
| ΝΟΜΟΣ: | Τ.Κ.: | ΤΗΛ.: |
| | ΚΙΝ.: | Ε-MAIL: |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: | ΕΤΗ: | ΑΡ. ΛΟΓ/ΣΜΟΥ ΤΡΑΠΕΖΑΣ: |
| | | ΦΥΛΟ: |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: |
| | Α.Φ.Μ.: | |
| Δ.Ο.Υ.: | Δ.Α.Τ. ή ΑΡ. ΔΙΑΒ.: | ΗΜ. ΓΕΝ.: |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: | ΠΟΛΗ: |
| ΝΟΜΟΣ: | Τ.Κ.: | ΤΗΛ.: |
| | ΚΙΝ.: | Ε-MAIL: |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: | ΕΤΗ: | ΑΡ. ΛΟΓ/ΣΜΟΥ ΤΡΑΠΕΖΑΣ: |
| | | ΦΥΛΟ: |

| | | |
|--------------------------------|---|--------------------|
| ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ | |
| | ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ Ή ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ | 15.000,00 € |
| | ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ | 15.000,00 € |
| | ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ % | 15.000,00 € |
| | | |
| | ΕΥΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ Η ΑΤΥΧΗΜΑ | 10.000,00 € |
| | ΕΥΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ή ΑΤΥΧΗΜΑ | |
| | ΜΕ ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΕΤΗΣΙΩΣ | 10.000,00 € |
| | | |
| | ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ή ΑΤΥΧΗΜΑ ΕΤΗΣΙΩΣ | 1.500,00 € |
| ΕΤΗΣΙΑ ΜΙΚΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ | | |
| ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ | | |

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ)

Ύψος:..... Βάρος:..... Υπήρξε μεταβολή στο βάρος σας τον τελευταίο χρόνο;.....

Είστε υπερτασικός/ή ή υποτασικός/ή? Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα; ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

Έχετε ακολουθήσει ποτέ θεραπεία ή νοσηλεύτηκατε για κάποια σοβαρή ασθένεια; ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
(Αν ναι αναλυτική περιγραφή)

Υπάρχει κάποιο στοιχείο για την κατάσταση υγείας σας το οποίο θα εμπόδιζε την σύναψη ασφαλιστηρίου συμβολαίου?.....

Η παρούσα αίτηση ασφάλισης προέκυψε κατόπιν έρευνας και αξιολόγησης των ασφαλιστικών μου αναγκών και γραπτής μου ενημέρωσης για αυτές, αποτελεί αιτιολογημένη παροχή συμβουλής από τον διανομέα για το ασφαλιστικό προϊόν και τελεί υπό την αποδοχή ή μη της Εταιρίας σύμφωνα με τους κανόνες αποδοχής που έχει ορίσει. Σε κάθε περίπτωση η ισχύς των ασφαλιστικών καλύψεων, αρχίζει μόνον με την καταβολή ολόκληρου του οφειλόμενου ασφαλίστρου. Ανανέωση της ασφαλιστικής σύμβασης μπορεί να γίνει μόνον μετά την εμπρόθεση καταβολή του ασφαλίστρου της επόμενης ασφαλιστικής περιόδου. Η εξόφληση του συνόλου των ασφαλίστρων συνιστά από τον λήπτη ασφάλισης/ ασφαλισμένο γνώση και αποδοχή των Γενικών και Ειδικών όρων της ασφαλιστικής σύμβασης και των καλύψεων που περιλαμβάνει αυτή.

Ο υπογράφων λήπτης /ασφαλισμένος, δηλώνω ότι:

1. Τα στοιχεία που δήλωσα στην παρούσα αίτηση ασφάλισης είναι αληθή
2. Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων σύμφωνα με τα αναγραφόμενα στην πίσω σελίδα.
3. Παρέλαβα τα παρακάτω έντυπα και ενημερώθηκα ότι αυτά είναι αναρτημένα, με ελεύθερη πρόσβαση, στην ιστοσελίδα της Εταιρίας www.intersalonika.gr:
→ Το ενημερωτικό έντυπο της Εταιρίας σύμφωνα με τις πληροφορίες του άρθρου 152 του Ν. 4364/2016, και τις πληροφορίες σχετικά με την μοιβή των υπαλλήλων της Εταιρίας που εργάζονται ως διανομείς σύμφωνα με τα άρθρα 28 και 29 του Ν. 4583/2018,
4. Παρέλαβα από τον ασφαλιστικό μου διαμεσολαβητή ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες του άρθρου 152 του Ν.4364/2016, τις πληροφορίες των άρθρων 28 και 29 του Ν.4583/2018.
5. **Πίσω σελίδα:** ενημέρωση και υπογραφή συγκατάθεσης για Προσωπικά Δεδομένα

Ο/Η λήπτης της ασφάλισης & Δηλών/ούσα

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Αφού διάβασα με προσοχή τις παραπάνω δηλώσεις μου, βεβαιώνω υπεύθυνα ότι αυτές είναι πλήρεις και αληθινές και δέχομαι να ασφαλισθώ με βάση αυτές τις δηλώσεις. Δέχομαι επίσης να αποτελέσουν τη βάση και τμήμα του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί αν είμαι ασφαλισμένος για το είδος της ασφάλισης, τα ποσά και τις παροχές που ζητούνται με τα κανονικά ασφάλιστρα του Τιμολογίου και τους κανόνες που εφαρμόζει η Εταιρία. Με αυτό το έγγραφο ή φωτοαντίγραφο του εξουσιοδοτώ κάθε Νοσοκομείο, Νοσηλευτικό Ίδρυμα ή Φυσικό Πρόσωπο που μου προσέφερε Ιατρική περίθαλψη, να δώσει σε γιατρό ή σε εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο της **ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ ΑΑΕ** Ζωής εγγράφως, κάθε ιατρική πληροφορία που θα ζητήσει αναφορικά με την νοσηλεία ή την περίθαλψή μου, σε σχέση με οποιοδήποτε Ασφαλιστήριο ή Αίτηση για ασφάλιση που υποβλήθηκε στην εν λόγω Ασφαλιστική Εταιρία.

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

Με την παρούσα δήλωση, βεβαιώνω ότι παρέλαβα από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή:

α) το ενημερωτικό έντυπο πληροφοριών (σύμφωνα με το Ν. 4364/2016 Άρθρο 152 β) έντυπο ενημερωτικό υλικό σχετικά με το αιτούμενο ασφαλιστικό προϊόν.

Επίσης ενημερώθηκα ότι όλα τα παραπάνω έντυπα είναι αναρτημένα με ελεύθερη πρόσβαση στην ιστοσελίδα της Εταιρίας www.intersalonika.gr

ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../.....

(υπογραφή συνεργάτη) (υπογραφή ασφαλισμένου)

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ και ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων

Α. Η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΔΠΧ) καθώς και των ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΕΚΔΠΧ) διενεργείται από την ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ («ΕΤΑΙΡΙΑ») που εδρεύει στη Θεσσαλονίκη και εκπροσωπείται νόμιμα ως Υπεύθυνο Επεξεργασίας (ή και τον εκτελούντα την επεξεργασία, εφόσον υπάρχει), ο οποίος είναι και αρμόδιος για την ασφάλεια των δεδομένων αυτών και περιορίζεται στις απολύτως αναγκαίες ενέργειες για την επίτευξη των σκοπών για τους οποίους δίνω ρητή συγκατάθεση σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Σε περίπτωση που δεν συναινέσω στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων προς τον σκοπό κατάρτισης σύμβασης ασφάλισης, τότε δεν θα είναι δυνατή η κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης.

Β. Τα ΔΠΧ καθώς και τα ΕΚΔΠΧ μου θα υπόκεινται τόσο σε αυτοματοποιημένη όσο και μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία από τα πληροφορικά συστήματα της Εταιρίας για την εκπλήρωση του σκοπού της επεξεργασίας. Η Εταιρία λαμβάνει κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέσα για την διασφάλιση των δεδομένων μου.

Γ. Στο πλαίσιο της λειτουργίας της σύμβασης ασφάλισης που θα συναφθεί, τα ΔΠΧ καθώς και τα ΕΚΔΠΧ μου, ενδέχεται να διαβιβαστούν σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα τα οποία, ως Εκτελούντες την επεξεργασία, θα μπορούν να τα επεξεργαστούν για λογαριασμό της Εταιρίας, βάσει σύμβασης που έχει υπογραφεί για τον σκοπό αυτό. Αποδέκτες των δεδομένων μου ενδέχεται επίσης να είναι οι Εταιρίες του Ομίλου ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ, νοσηλευτικά ιδρύματα, γιατροί, δημόσιες αρχές, δικηγόροι, λογιστές και ορκωτοί λογιστές, εκτιμητές, τρίτες ασφαλιστικές εταιρίες και ενώσεις τους και διαμεσολαβούντα πρόσωπα που θα ενεργήσουν ως εκτελούντες την επεξεργασία για λογαριασμό της Εταιρίας. Διαβίβαση δεδομένων από την Εταιρία προς το Εξωτερικό μπορεί να γίνει μόνο βάσει ρητής νομοθετικής υποχρέωσης (πχ. νομοθεσία για ξέπλυμα χρήματος) ή βάσει συμβατικής αντασφαλιστικής υποχρέωσής της.

Δ. Η διατήρηση των ΔΠΧ και των ΕΚΔΠΧ μου στην Εταιρία θα διαρκέσει για όλο το διάστημα ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης και σε κάθε περίπτωση έως την παραγραφή κάθε αξίωσης, εκτός κι αν διάταξη νόμου επιβάλλει πρόσθετο χρονικό διάστημα.

Ε. Έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα υποβολής αιτήματος στον Υπεύθυνο επεξεργασίας για ενημέρωση, πρόσβαση, διόρθωση, διαγραφή ή περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων που με αφορούν, για το δικαίωμα εναντίωσης ή αντίρρησης στην επεξεργασία καθώς και το δικαίωμα στην φορητότητά τους. Τα δικαιώματα αυτά ασκούνται με την αποστολή είτε επιστολής στη διεύθυνση: ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ, 15ο χλμ Θεσσαλονίκης-Περαίας, ΤΚ 55102, Θεσσαλονίκη (Υπ' όψιν Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων) είτε ηλεκτρονικού μηνύμα στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (dro@intersalonika.gr). Απάντηση για την ικανοποίηση των δικαιώματός θα πρέπει να δοθεί εντός χρονικού διαστήματος 30 ημερών. Επίσης, έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης στην επεξεργασία των δεδομένων που με αφορούν, η οποία ωστόσο θα έχει σαν αποτέλεσμα την καταγγελία της σύμβασης από την πλευρά της Εταιρίας. Σε κάθε περίπτωση, διατηρώ το δικαίωμα να προσφύγω στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα για ζητήματα που αφορούν την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων. Για την αρμοδιότητα της Αρχής και τον τρόπο υποβολής καταγγελίας, υπάρχουν αναλυτικές πληροφορίες στην ιστοσελίδα της (www.dpa.gr ➔ Τα δικαιώματά μου ➔ Υποβολή καταγγελίας).

Ο/η υπογράφων (ουσα)..... του με Α.Φ.Μ και ΑΔΤ ή Αρ.Διαβατηρίου δηλώνω ότι ενημερώθηκα και συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα όσο και των ειδικών κατηγοριών δεδομένων μου που γίνεται από την Εταιρία με την επωνυμία ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ ως υπεύθυνου επεξεργασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ε.Ε. 2016/679, τα οποία (δεδομένα) γνωστοποιώ με την από/...../..... & υπ' αριθμόν αίτηση ασφάλισής μου καθώς και όποιων άλλων στοιχείων ζητηθούν ή έρθουν σε γνώση του Υπεύθυνου Επεξεργασίας στο μέλλον και έχουν σχέση, απορρέουν ή πηγάζουν από τη σύμβαση ασφάλισης.

Η επεξεργασία των προσωπικών και των ευαίσθητων δεδομένων μου θα πραγματοποιηθεί :
 Προς τον σκοπό κατάρτισης και λειτουργίας σύμβασης ασφάλισης: Συμφωνώ Δεν Συμφωνώ

Ο Δηλών(ονοματεπώνυμο/υπογραφή)
 (τόπος/ημερομηνία),/...../.....

Για τον/τους ανήλικο/ους, που έχουν συμπληρωθεί στην αίτηση ασφάλισης, ο έχων την γονική μέριμνα
(ονοματεπώνυμο/υπογραφή)

Ο/η υπογράφων (ουσα) του με Α.Φ.Μ και ΑΔΤ ή Αρ.Διαβατηρίου δηλώνω ότι ενημερώθηκα και συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου που γίνεται από την Εταιρία με την επωνυμία ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ ως υπεύθυνο επεξεργασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων της Ε.Ε. 2016/679, τα οποία (δεδομένα) γνωστοποιώ με την από/...../..... & υπ' αριθμόν αίτηση ασφάλισής μου. Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου για εμπορικό/ προωθητικό/ στατιστικό/ ερευνητικό σκοπό θα γίνεται για την προώθηση προϊόντων και υπηρεσιών μέσω εντύπων, e-mail, τηλεφωνικής επικοινωνίας, sms καθώς και για τη διενέργεια ερευνών και στατιστικών αναλύσεων, με πιθανούς αποδέκτες τις Εταιρίες του Ομίλου (ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Ε.Γ.Α., AIR INTERSALONIKA Ε.Α.Α.Τ.Ε., ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ ΕΜΠΟΡΟΤΕΧΝΙΚΗ Α.Ε.), τρίτες διαφημιστικές εταιρίες, εταιρίες που διενεργούν στατιστικές ή άλλες έρευνες και διαμεσολαβούντα πρόσωπα. Τα δεδομένα θα διατηρούνται για πέντε (5) χρόνια. Ανά πάσα στιγμή, υπάρχει η δυνατότητα είτε με γραπτή επιστολή (στη διεύθυνση ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ, 15ο χλμ Θεσσαλονίκης-Περαίας, ΤΚ 55102, Θεσσαλονίκη) είτε με ηλεκτρονική επιστολή (στην ηλεκτρονική διεύθυνση (dro@intersalonika.gr) προς τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Εταιρίας να ασκηθούν όλα τα δικαιώματα που προβλέπει ο ως άνω Κανονισμός, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος ενημέρωσης και πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής (δικαίωμα στην λήθη), περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας, εναντίωσης και αντίρρησης ως προς την επεξεργασία. Για την αρμοδιότητα της Αρχής και τον τρόπο υποβολής καταγγελίας, υπάρχουν αναλυτικές πληροφορίες στην ιστοσελίδα της (www.dpa.gr ➔ Τα δικαιώματά μου ➔ Υποβολή καταγγελίας).

Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου θα πραγματοποιηθεί:
 Για εμπορικό, προωθητικό, στατιστικό ή ερευνητικό σκοπό: Συμφωνώ Δεν Συμφωνώ

Ο Δηλών (ονοματεπώνυμο/υπογραφή)
 (τόπος/ημερομηνία),/...../.....