

Ενημέρωση για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων & Συγκατάθεση για τα δεδομένα Υγείας

Αρ. Αιτήματος

Ενημέρωση για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων που παρέχονται στο παρόν έντυπο στο πλαίσιο αξιολόγησης και διαχείρισης αιτημάτων αποζημίωσης

Υπεύθυνος Επεξεργασίας:

Allianz Ευρωπαϊκή Πίστη Μ.Α.Α.Ε., Λεωφ. Κηφισίας 274, 152 32 Χαλάνδρι, τηλ. 2108119670, email: customercontact@allianz.gr

Στοιχεία Επικοινωνίας Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων:

Τηλ. 2108119670, email: dpo@allianz.gr

α. Σκοπός και νομιμότητα της επεξεργασίας:

- Επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά δεδομένα που εσείς μας παρέχετε υποβάλλοντας τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, με σκοπό την αξιολόγηση και την εν γένει διαχείριση του αιτήματος αποζημίωσης που μας υποβάλλετε, στο πλαίσιο εκτέλεσης και διαχείρισης του μεταξύ μας Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου και την εν γένει εξυπηρέτηση, παρακολούθηση και υποστήριξη της συμβατικής μας σχέσης.
- Επεξεργασία μπορεί να πραγματοποιείται στο πλαίσιο συμμόρφωσης της Εταιρίας μας με τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τη νομοθεσία.
- Επεξεργασία πραγματοποιείται και στο πλαίσιο διαφύλαξης των εννόμων συμφερόντων της Εταιρίας, όπως π.χ. για λόγους πρόληψης και ανίχνευσης απάτης.
- Η Allianz Ευρωπαϊκή Πίστη Μονοπρόσωπη Α.Α.Ε, λαμβάνει τη συγκατάθεσή σας για να συλλέξει και να επεξεργαστεί τα δεδομένα της υγείας σας και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που παρέχετε με το αίτημά σας και που περιλαμβάνονται στα σχετικά δικαιολογητικά που θα υποβάλετε για την αξιολόγηση του αιτήματος αποζημίωσής σας, σύμφωνα με τα ειδικότερα αναφερόμενα παρακάτω υπό στοιχείο β.

Αποδέκτες Δεδομένων:

- Φυσικά ή Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου, τα οποία εκτελούν την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων κατ' εντολή του Υπευθύνου Επεξεργασίας, παρέχοντας τα απαιτούμενα εχέγγυα για τη σύννομη επεξεργασία τους.
- Δημόσιες Αρχές, Υπηρεσίες και Οργανισμοί, στο πλαίσιο εκπλήρωσης των σχετικών νόμιμων υποχρεώσεων του Υπευθύνου Επεξεργασίας.
- Εταιρίες του Ομίλου Allianz. Σε περίπτωση διαβίβασης εκτός Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, η τελευταία θα πραγματοποιείται βάσει νομίμως εγκεκριμένων Δεσμευτικών Εταιρικών Κανόνων, σύμφωνα με τις εγγυήσεις που παρέχει ο Κανονισμός 679/2016 της ΕΕ.
- Ασφαλιστικοί Διαμεσολαβητές/Μεσίτες Ασφαλίσεων που μεσολαβούν στη διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.
- Λήπτες Ασφάλισης (π.χ. στην περίπτωση Ομαδικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων)

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

Δικαιώματα Υποκειμένου: Έχετε δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, φορητότητας δεδομένων, περιορισμού, εναντίωσης στην επεξεργασία, για τα προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν και μπορείτε να τα ασκήσετε υποβάλλοντας σχετικό αίτημα στην Εταιρία, σύμφωνα με όσα αναλυτικά ορίζονται στη γενική ενημέρωση για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων από την Εταιρία μας, την οποία μπορείτε να βρείτε στην επίσημη ιστοσελίδα της Εταιρίας: www.allianz.gr στην ενότητα «Εξυπηρέτηση».

Ανάκληση συγκατάθεσης: Μπορεί να λάβει χώρα οποτεδήποτε ανάκληση της συγκατάθεσης, χωρίς να θίγεται η νομιμότητα των πράξεων επεξεργασίας που βασίστηκαν στη συγκατάθεση κατά το χρονικό διάστημα πριν την ανάκλησή της. Μπορείτε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας επικοινωνώντας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (DPO) της Εταιρίας στα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας τηλ. 2108119670, email: dpo@allianz.gr.

Ενημέρωση για αυτοματοποιημένη λήψη απόφασης και

κατάρτισης προφίλ: Ενδέχεται να πραγματοποιούνται αυτοματοποιημένες εργασίες, στο πλαίσιο αξιολόγησης του αιτήματός σας, πάντοτε υπό την εποπτεία του αρμόδιου υπαλλήλου.

Ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων: Εφαρμόζουμε σύγχρονα και κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για την επίτευξη υψηλού επιπέδου ασφάλειας κατά την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων, τα οποία ελέγχουμε ανά τακτά χρονικά διαστήματα για την εξασφάλιση της επάρκειας και της αποτελεσματικής λειτουργίας αυτών.

Σας ενημερώνουμε ότι σε περίπτωση κάποιου παραπόνου σχετικά με την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων έχετε δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην αρμόδια εποπτική Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μέσω της δικτυακής της πύλης (<https://eservices.dpa.gr>), και δικαίωμα άσκησης δικαστικής προσφυγής.

Η παρούσα ενημέρωση παρέχεται σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό της ΕΕ 679/2016 για την Προστασία Δεδομένων και την εθνική νομοθεσία για την προστασία προσωπικών δεδομένων.

β. Σκοπός Επεξεργασίας ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Εμείς, η Εταιρία, χρειαζόμαστε τη συγκατάθεσή σας για να συλλέξουμε και να επεξεργαστούμε τα δεδομένα της υγείας σας και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, στο πλαίσιο της ασφαλιστικής σύμβασης και ειδικότερα του αιτήματος αποζημίωσης που υποβάλλετε. Εάν συμφωνείτε, τα εν λόγω δεδομένα σας θα υποβληθούν σε επεξεργασία για τους ακόλουθους λόγους και δραστηριότητες.

Κατανοώ, συμφωνώ και παρέχω την συγκατάθεσή μου, για τον εαυτό μου ή για το ανήλικο εξαρτώμενο μέλος, του οποίου ασκώ την επιμέλεια ή/και τη γονική μέριμνα για τις κάτωθι ενέργειες:

1. Συλλογή, αποθήκευση και επεξεργασία των δεδομένων υγείας και άλλων ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων, τα οποία περιλαμβάνονται στην αίτηση αποζημίωσης ή και στα δικαιολογητικά αυτής ή πρόκειται να συλλεχθούν από την Εταιρία σε μεταγενέστερο στάδιο, για την διαχείριση αιτημάτων αποζημίωσης και για σκοπούς στατιστικής ανάλυσης και εξαγωγής συμπερασμάτων.

2. Συλλογή των ανωτέρω δεδομένων σας από τρίτα συνεργαζόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα όπως ενδεικτικά: ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, μεσίτες ασφαλίσεων, ιατρούς, εταιρίες παροχής υπηρεσιών ελέγχου στον χώρο της υγείας, διαγνωστικά κέντρα, νοσηλευτικά ιδρύματα, φορείς κοινωνικής ασφάλισης, επαγγελματικές ενώσεις, φορείς παροχής ή/και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας και δημόσιες αρχές για τον προαναφερόμενο σκοπό. Σημειώνεται ότι η Εταιρία έχει καθιερώσει συμβατικές ρυθμίσεις με τους ως άνω συνεργάτες της για την προστασία των δεδομένων σας κατά την επεξεργασία τους.
3. Κοινοποίηση των ανωτέρω δεδομένων σας σε τρίτα συνεργαζόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα, εκτός Εταιρίας, όπως ενδεικτικά: σε τρίτους παρόχους υπηρεσιών αξιολόγησης κινδύνου και διεκπεραίωσης αξιώσεων, σε νοσηλευτικά ιδρύματα (π.χ. στην περίπτωση των capitation προγραμμάτων), σε συνασφαλιστές-αντασφαλιστές για την διαχείριση της κάλυψης του ασφαλιστικού κινδύνου, στο βαθμό που αυτό είναι απαραίτητο για την αξιολόγηση και διαχείριση του αιτήματος αποζημίωσής σας. Σημειώνεται ότι η Εταιρία έχει καθιερώσει συμβατικές ρυθμίσεις με τους ως άνω συνεργάτες της για την προστασία των δεδομένων σας κατά την επεξεργασία τους. Με το παρόν η Εταιρία αιτείται τη συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων υγείας σας ή και άλλων ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων σας για τον προαναφερόμενο σκοπό. Μπορείτε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή θελήσετε, επικοινωνώντας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (DPO) της Εταιρίας στα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας τηλ. 2108119670, email: dpo@allianz.gr ή αποστέλλοντας σχετικό αίτημά στο e-mail: customercontact@allianz.gr. Η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν θίγει τη νομιμότητα της επεξεργασίας, που βασίστηκε στη συγκατάθεση, κατά το χρονικό διάστημα πριν την ανάκλησή της.

Η Εταιρία σας ενημερώνει ότι, σύμφωνα με τη νομοθεσία και με αποφάσεις της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, η ανάκληση της συγκατάθεσής σας ενδεχομένως και κατά περίπτωση να συνεπάγεται την άμεση διακοπή της συμβατικής μας σχέσης και τη μη ικανοποίηση των αιτημάτων αποζημίωσης που έχετε υποβάλει, δεδομένου ότι η Εταιρία δε θα νομιμοποιείται να επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων από την Εταιρία μπορείτε να βρείτε και στην επίσημη ιστοσελίδα της Εταιρίας: www.allianz.gr στην

ενότητα «Προσωπικά Δεδομένα».

Δηλώνω υπεύθυνα ότι ενημερώθηκα πλήρως για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων ή των προσωπικών δεδομένων του ανηλίκου τέκνου μου από την Εταιρία και δίνω τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία αυτών για το σκοπό της αξιολόγησης και εν γένει διαχείρισης του αιτήματος αποζημίωσής μου.

Όνοματεπώνυμο υπογράφοντος	Τόπος / Ημερομηνία	Όνοματεπώνυμο ανηλίκου τέκνου
ΑΦΜ ή ΑΔΤ	Υπογραφή	