

Έντυπο Συγκατάθεσης Επεξεργασίας και κατάθεσης Προσωπικών Δεδομένων
στην «ALLIANZ ΕΛΛΑΣ ΑΝΩΝΥΜΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ»

[Συμπληρώνεται για κάθε νέα αίτηση ένταξης στο Εταιρικό ασφαλιστήριο.]

Ο/Η _____

Δηλώνω ότι δίνω την ελεύθερη, συγκεκριμένη, ρητή και με πλήρη επίγνωση συγκατάθεση μου στο H.R. Department και/ή στο Purchasing Department της **ARKAS HELLAS GROUP** όπως συλλέγει, φυλάσσει και επεξεργάζεται τα Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα (Προσωπικά Δεδομένα) που με αφορούν, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων ΕΕ 2016/679 και την εκάστοτε εν ισχύ εθνική Νομοθεσία, όπως αυτά εκάστοτε τροποποιούνται, ώστε προκειμένου να με εξυπηρετήσει, να συλλέγει τα δικαιολογητικά (Ιατρικές γνωματεύσεις, παραπεμπτικά και Τιμολόγια), ετοιμάζει τον φάκελο δικαιολογητικών και εν τέλει να τα καταθέτει στην «**ALLIANZ ΕΛΛΑΣ ΑΝΩΝΥΜΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**», ώστε να μπορέσω να εισπράξω το ποσό της αποζημίωσης που μου αναλογεί από το Εταιρικό Πρόγραμμα Ασφάλισης στην προαναφερθείσα ασφαλιστική εταιρεία.

• Έχω ενημερωθεί ότι:

- Η ARKAS HELLAS GROUP θα συλλέγει, φυλάσσει και επεξεργάζεται σε ηλεκτρονική ή έντυπη μορφή Προσωπικά Δεδομένα που με αφορούν, για το χρονικό διάστημα που απαιτείται, ανάλογα με την περίπτωση.

- Τα δικαιολογητικά κατατίθενται σε πρωτότυπη μορφή στην ασφαλιστική μέσω του Purchasing Department το οποίο δύναται να διατηρεί στο ειδικά διαμορφωμένο αρχείο του, στο οποίο δεν υπάρχει πρόσβαση από κανένα τρίτο πρόσωπο, αντίγραφο των προαναφερθέντων δικαιολογητικών.

- Τα δεδομένα αυτά μπορεί να είναι: ονοματεπώνυμο, αριθμός ταυτότητας και/ή διαβατηρίου, ΑΜΚΑ, τηλέφωνο, τηλεμοιότυπο, ταχυδρομική διεύθυνση, ηλεκτρονική διεύθυνση και διεύθυνση κατοικίας, ΑΦΜ, ιατρικές γνωματεύσεις, τιμολόγια ιατρικών επισκέψεων σε ιδιώτες ιατρούς ή σε κλινικές και εν γένει οποιοδήποτε δικαιολογητικό χρειαστεί από την Ασφαλιστική εταιρεία για την αποζημίωση μου.

- Ο λόγος που η συλλογή των δικαιολογητικών γίνεται από το Purchasing Department είναι καταρχάς η δική μου άμεση εξυπηρέτηση (αποφεύγοντας την χρονοβόρα διαδικασία υποβολής) και επίσης η δυνατότητα παρακολούθησης χρεώσεων και πιστώσεων του εταιρικού ασφαλιστικού προγράμματος, η έρευνα και στατιστική ανάλυση ώστε να αποφευχθεί καταχρηστική χρήση του εν λόγω προγράμματος.

- Κατά την αίτηση ένταξης μου στο εν λόγω ασφαλιστικό εταιρικό πρόγραμμα, και προκειμένου να κατατεθεί υπογεγραμμένη και σφραγισμένη η αίτηση μου από την ARKAS HELLAS GROUP με τελικό αποδέκτη την Ασφαλιστική εταιρεία, ενδέχεται να επεξεργαστούν προσωπικά μου δεδομένα σχετικά με την υγεία, την οικογενειακή μου κατάσταση κ.α., για το λόγο αυτό συναινώ πλήρως.

- Το site της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είναι το **dpa.gr**

- Τα πιο πάνω Προσωπικά Δεδομένα θα χρησιμοποιούνται μόνο για την «**ALLIANZ ΕΛΛΑΣ ΑΝΩΝΥΜΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**».

• Κατανοώ ότι έχω τα πιο κάτω δικαιώματα σε σχέση με τα Προσωπικά Δεδομένα που με αφορούν:

- ενημέρωσης
- πρόσβασης
- διόρθωσης ή τροποποίησης
- διαγραφής (Δικαίωμα στη λήθη)
- περιορισμού επεξεργασίας
- γνωστοποίησης
- φορητότητας δεδομένων
- εναντίωσης στην επεξεργασία
- καταγγελίας στην Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα
- ανάκλησης της δήλωσης συγκατάθεσής μου ανά πάσα στιγμή.

Η ανάκληση της συγκατάθεσης μου δεν θίγει τη νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση μου πριν την ανάκλησή της.

Σε περίπτωση που το PURCHASING DEPARTMENT της ARKAS HELLAS GROUP ως Υπεύθυνο Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων έχει έννομο συμφέρον διατήρησης των Προσωπικών Δεδομένων που με αφορούν, το αίτημα μου για ανάκληση και/ή διαγραφή τους μπορεί να μην γίνει αποδεκτό.

Ημερομηνία:/...../ 201.....

Υπογραφή Δηλούντος: