



Groupama
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ
POLICY NUMBER

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΗ ΕΤΑΙΡΙΑ
POLICY HOLDER

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ
ENROLLMENT CARD

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ/PLEASE COMPLETE ALL ANSWERS WITH CAPITAL LETTERS

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ/TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE

ΕΠΙΘΕΤΟ SURNAME	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ DATE OF BIRTH		
ΟΝΟΜΑ FIRST NAME	ΑΓΑΜΟΣ SINGLE	ΕΓΓΑΜΟΣ MARRIED	ΑΡ. ΠΑΙΔΙΩΝ No OF CHILDREN
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ FATHER'S NAME	Α.Φ.Μ. TAX ID No		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ PAYROLL NUMBER	ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ: ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ BANK ACCOUNT: PAYROLL BANK ACCOUNT		

ΔΗΛΩΣΗ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ (Εάν προβλέπεται από το Πρόγραμμα)
STATEMENT OF DEPENDENT PERSONS (if provided by the policy)

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΑ ΟΝΟΜΑΤΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΓΑΜΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΑΣ */LIST BELOW THE NAMES OF YOUR SPOUSE AND YOUR UNMARRIED CHILDREN **

ΕΠΙΘΕΤΟ/LAST NAME	ΟΝΟΜΑ/NAME	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ/DATE OF BIRTH	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ/RELATIONSHIP

* μικρότερα των 27 ετών ** under 27 years old

ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
STATEMENT OF BENEFICIARIES

ΟΡΙΖΩ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ ΜΟΥ ΤΟΥΣ: /I APPOINT AS BENEFICIARIES IN CASE OF DEATH AS FOLLOWS:

ΕΠΙΘΕΤΟ/LAST NAME	ΟΝΟΜΑ/NAME	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ/DATE OF BIRTH	ΣΧΕΣΗ / RELATIONSHIP	%

Σε περίπτωση θανάτου κάποιου από τους παραπάνω δικαιούχους μου πριν από μένα, το μερίδιο που θα περιέλθει στους επιζώντες δικαιούχους ή δικαιούχο κατ' αναλογία μεριδίου τους ή σε περίπτωση που δεν υπάρχει δικαιούχος στους νόμιμους κληρονόμους μου. Διατηρώ το δικαίωμα να αλλάξω οποιονδήποτε από τους πιο πάνω δικαιούχους.

Με την παρούσα εξουσιοδοτώ τον εργοδότη μου, να παρακρατεί από τις Μηνιαίες Αποδοχές μου και να καταβάλλει για λογαριασμό μου στην Groupama Φοίνix Α.Ε.Α.Ε., το ποσό συμμετοχής στα ασφάλιστρα, εφ' όσον προβλέπεται από το συμβόλαιο Ομαδικής Ασφάλισης, που αναλογεί για την κάλυψη την δική μου ή και των εξαρτωμένων μελών της οικογενειάς μου.

Με την παρούσα εξουσιοδοτώ την Groupama Φοίνix Α.Ε.Α.Ε., να καταβάλλει στον τραπεζικό λογαριασμό μισθοδοσίας μου, που έχει δηλωθεί για την παρούσα ομαδική ασφάλιση, τα ποσά αποζημίωσης που προβλέπονται από το Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο και αναλογούν στην κάλυψη την δική μου ή/και των εξαρτωμένων μελών της οικογενειάς μου.

Έχω ενημερωθεί και συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων και αυτών των ειδικών κατηγοριών από την Groupama Φοίνix Α.Ε.Α.Ε., όπως αυτή προβλέπεται στο ενημερωτικό κείμενο σχετικά με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που βρήκα στην ιστοσελίδα της www.groupama.gr και στη δήλωση προς την Groupama Φοίνix Α.Ε.Α.Ε. για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ενημερώθηκα για τα σχετικά δικαιώματά μου. *

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / DATE

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ / SIGNATURE OF EMPLOYEE

* Για την έναρξη της ασφάλισης είναι απαραίτητο να προσκομίζεται η ρητή και έγγραφη συναίνεση όλων των ασφαλισμένων μελών άνω των 16 ετών, σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στη Δήλωση επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων. Για ασφαλισμένα μέλη κάτω των 16 ετών, η συναίνεση υπογράφεται από τους ασκούντες τη γονική μέριμνα.

Προσωπικά Δεδομένα - Δήλωση προς την GROUPAMA ΦΟΙΝΙΞ Α.Ε.Α.Ε.

Ο/η υπογράφων/ουσα το παρόν :

Συγκατατίθεται όπως η GROUPAMA ΦΟΙΝΙΞ Α.Ε.Α.Ε. (εφεξής «GROUPAMA Ασφαλιστική») συλλέγει και επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα, ειδικών κατηγοριών - ευαίσθητα και μη, που θα περιέλθουν στην GROUPAMA Ασφαλιστική επ' ευκαιρία της συναλλακτικής μας σχέσης καθ' όλη τη διάρκειά της, αλλά και μετά τη λήξη της και για όσο διάστημα είναι αναγκαίο για την υπεράσπιση δικαιωμάτων της ή δικών μου δικαιωμάτων.

Επίσης συμφωνώ και αποδέχομαι ότι:

Η GROUPAMA Ασφαλιστική θα διατηρεί σε αρχείο και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα, ειδικών κατηγοριών - ευαίσθητα και μη, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συναλλακτικής μας σχέσης. Η GROUPAMA Ασφαλιστική είναι εξουσιοδοτημένη να διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα στα συνεργαζόμενα με αυτήν διαμεσολαβούντα πρόσωπα και λοιπά συνεργαζόμενα πρόσωπα, σε ιατρούς, σε δημόσιες ή δικαστικές αρχές.

Δηλώνω ότι μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου που προβλέπονται από τον Κανονισμό ΕΕ 679/2016, καθώς και τους λοιπούς Κανονισμούς και Νόμους που εκάστοτε ισχύουν για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Μου γνωστοποιήθηκε ότι έχω τα εξής δικαιώματα, τα οποία δύναμαι να ασκήσω εγγράφως και μου χορηγήθηκαν σχετικά υποδείγματα:

- 1) το δικαίωμα διόρθωσης ανακριβών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν,
- 2) το δικαίωμα να ζητήσω τη διαγραφή δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν (δικαίωμα στη λήθη),
- 3) το δικαίωμα να εξασφαλίσω τον περιορισμό επεξεργασίας των προσωπικών μου δεδομένων,
- 4) το δικαίωμα να λαμβάνω γνώση της διόρθωσης ή διαγραφής ή περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων μου,
- 5) το δικαίωμα να εναντιώνομαι ανά πάσα στιγμή στην επεξεργασία των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα,
- 6) το δικαίωμα να λαμβάνω τα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο και αναγνώσιμο από μηχανήματα μορφότυπο, καθώς και το δικαίωμα να διαβιβάζω τα εν λόγω δεδομένα σε άλλον υπεύθυνο επεξεργασίας (φορητότητα των δεδομένων) και
- 7) το δικαίωμα στην πρόσβαση στα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα που διαθέτει η GROUPAMA Ασφαλιστική και στη λήψη πληροφοριών για όλα τα δεδομένα που με αφορούν, καθώς και για την προέλευσή τους, τους σκοπούς της επεξεργασίας, τους αποδέκτες ή τις κατηγορίες αποδεκτών και την εξέλιξη της επεξεργασίας τους από την τελευταία μου ενημέρωση.

Δικαιούμαι να υποβάλλω έγγραφη αντίρρηση για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, υποβάλλοντας αίτημα για τη συγκεκριμένη ενέργεια, όπως διόρθωση, προσωρινή μη χρησιμοποίηση, δέσμευση, μη διαβίβαση ή διαγραφή.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι ενημερώθηκα ότι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα αποθηκεύονται για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την εκτέλεση της συναλλακτικής μας σχέσης. Κριτήριο προσδιορισμού του χρόνου, κατά τον οποίο τα προσωπικά μου δεδομένα θα αποθηκευτούν είναι η αναγκαιότητα διαφύλαξης των δικών μου συμφερόντων, αλλά και της GROUPAMA Ασφαλιστικής.

Μου γνωστοποιήθηκε ότι η επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών (ευαίσθητων και μη) θα γίνει, εκτός των άλλων και :

- 1) για την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συναλλακτικής σχέσης
- 2) για στατιστικούς σκοπούς, δηλαδή για την πραγματοποίηση στατιστικών ερευνών ή για την παραγωγή στατιστικών συμπερασμάτων,
- 3) με χρήση εκ μέρους της GROUPAMA Ασφαλιστικής αυτοματοποιημένης επεξεργασίας συμπεριλαμβανομένης και της κατάρτισης προφίλ, δηλαδή θα λαμβάνονται αποφάσεις με τις οποίες αξιολογούνται προσωπικά μου στοιχεία αποκλειστικά με

Ειδικά μου ζητήθηκε η συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών (ευαίσθητων και μη) για εμπορικούς σκοπούς, όπως για παράδειγμα για την προώθηση προϊόντων ή τη διεξαγωγή ερευνών σχετικών με την ικανοποίηση πελατών κ.λπ.

- ☐ Δηλώνω ρητά ότι δέχομαι την επεξεργασία για τον ως άνω σκοπό
- ☐ Δηλώνω ότι δεν δέχομαι την επεξεργασία αυτή με συνέπεια να μην πραγματοποιηθεί

Επίσης, έχω ενημερωθεί και συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων και αυτών των ειδικών κατηγοριών (ευαίσθητων και μη), όπως αυτή περιγράφεται ανωτέρω αλλά και στο ενημερωτικό κείμενο σχετικά με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που βρήκα στην ιστοσελίδα της GROUPAMA Ασφαλιστικής www.groupama.gr.

Ο συναινών/ Η συναινούσα στην επεξεργασία

Ημερομηνία_____

Ονοματεπώνυμο _____

ΑΦΜ_____

Υπογραφή_____

Ο συναινών/ Η συναινούσα στην επεξεργασία

Ημερομηνία_____

Ονοματεπώνυμο _____

ΑΦΜ_____

Υπογραφή_____

Ο συναινών/ Η συναινούσα στην επεξεργασία

Ημερομηνία_____

Ονοματεπώνυμο _____

ΑΦΜ_____

Υπογραφή_____

Ο συναινών/ Η συναινούσα στην επεξεργασία

Ημερομηνία_____

Ονοματεπώνυμο _____

ΑΦΜ_____

Υπογραφή_____