

# “Πλano Υγειας”

## Αίτηση Ατομικής Ασφάλισης

H SI Insurance (Europe) SA είναι εγγεγραμμένη στο Λουξεμβούργο με αριθμό εγγραφής εταιρείας B221096 και καταχωρημένη έδρα στη διεύθυνση 40, avenue Monterey, L-2163 Λουξεμβούργο, και εκπροσωπείται από την AKD Insurance.

Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής:

ΑΦΜ.:

Αρ. Ειδικού Μητρώου

### ΕΝΟΤΗΤΑ 1 – Προσωπικά στοιχεία

#### 1.1 Αιτητής

(το πρόσωπο που αιτείται να συνάψει το ασφαλιστήριο στο όνομά του/της· σε περίπτωση ομαδικής ασφάλισης είναι ο/η υπάλληλος που αιτείται να συμπεριλάβει στην κάλυψη τον εαυτό του/της και την οικογένειά του/της)

Όνομα(τα):

Επίθετο:

Ημερ. Γέννησης:

Α.Δ.Τ.:

Άρρεν:

Θήλυ:

(ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)

Επάγγελμα:

Α.Φ.Μ.:

ΔΟΥ:

Ύψος (εκ):

Βάρος (κιλά):

Εθνικότητα:

Ο Αιτητής να συμπεριλαμβάνεται στην κάλυψη;

Ναι

Όχι

#### 1.2 Μέλη οικογένειας του Αιτητή που αιτούνται κάλυψη

Όνομα(τα):

Επίθετο:

Ημερ. Γέννησης:

Α.Δ.Τ.:

Άρρεν:

Θήλυ:

(ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)

Επάγγελμα:

Α.Φ.Μ.:

ΔΟΥ:

Ύψος (εκ):

Βάρος (κιλά):

Εθνικότητα:

Σχέση με τον Αιτητή:

Όνομα(τα):

Επίθετο:

Ημερ. Γέννησης:

Α.Δ.Τ.:

Άρρεν:

Θήλυ:

(ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)

Επάγγελμα:

Α.Φ.Μ.:

ΔΟΥ:

Ύψος (εκ):

Βάρος (κιλά):

Εθνικότητα:

Σχέση με τον Αιτητή:

Όνομα(τα):  Επίθετο:   
Ημερ. Γέννησης:  Α.Δ.Τ.:  Άρρεν:  Θήλυ:   
(HH/MM/EEEE)  
Επάγγελμα:   
Α.Φ.Μ.:  ΔΟΥ:  Ύψος (εκ):  Βάρος (κιλά):   
Εθνικότητα:  Σχέση με τον Αιτητή:

Όνομα(τα):  Επίθετο:   
Ημερ. Γέννησης:  Α.Δ.Τ.:  Άρρεν:  Θήλυ:   
(HH/MM/EEEE)  
Επάγγελμα:   
Α.Φ.Μ.:  ΔΟΥ:  Ύψος (εκ):  Βάρος (κιλά):   
Εθνικότητα:  Σχέση με τον Αιτητή:

Όνομα(τα):  Επίθετο:   
Ημερ. Γέννησης:  Α.Δ.Τ.:  Άρρεν:  Θήλυ:   
(HH/MM/EEEE)  
Επάγγελμα:   
Α.Φ.Μ.:  ΔΟΥ:  Ύψος (εκ):  Βάρος (κιλά):   
Εθνικότητα:  Σχέση με τον Αιτητή:

### 1.3 Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας

Οδός & αριθμός:   
Πόλη/χωριό:  Νομός:  Ταχ. Κώδικας:  Χώρα:

### 1.4 Στοιχεία επικοινωνίας

Κινητό τηλέφωνο:  Άλλο τηλέφωνο:   
Φαξ:  Email:

## ΕΝΟΤΗΤΑ 1Α – Δικαιούχοι (μόνο για την Παροχή Α: θάνατος από ατύχημα)

Πλήρες όνομα:

Α.Δ.Τ.:

Ποσοστό:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## ΕΝΟΤΗΤΑ 2 – Τα στοιχεία της κάλυψής σας:

Αυτή η Ενότητα ΔΕΝ συμπληρώνεται σε περίπτωση ομαδικής ασφάλισης

### 2.1 Επιλογή σχεδίου

BASIC  COMPLETE

### 2.2 Συχνότητα & τρόπος πληρωμής

Τα Ασφάλιστρα καταβάλλονται μόνο σε ευρώ.

Ετήσια  Εξαμηνιαία  Τριμηνιαία\*

\*Η επιλογή αυτή είναι διαθέσιμη μόνο μέσω αυτόματης τραπεζικής εντολής.

Μέσω αυτόματης τραπεζικής εντολής  Μέσω τραπεζικού εμβάσματος

### 2.3 Επιλογή ημερομηνίας έναρξης Ασφαλιστικής Περιόδου

Ημερομηνία που θα εγκρίνουμε την Αίτηση  Άλλη:  (HH/MM/EEEE)

Σε καμία περίπτωση η ημερομηνία έναρξης δύναται να είναι πριν την ημερομηνία υποβολής της Αίτησης αυτής ή 30 ημέρες μετά την υπογραφή της.

### 2.4 Επιλογές ανάληψης ασφαλιστικού κινδύνου

Επιλογή Α: Κάλυψη βάσει πλήρους συμπληρωμένης Αίτησης

Επιλογή Β: Κάλυψη βάσει μεταφοράς από άλλο ασφαλιστήριο

## ΕΝΟΤΗΤΑ 3 – Ερωτηματολόγιο

Παρακαλούμε όπως απαντηθούν οι πιο κάτω ερωτήσεις 3.1 ως 3.28 για όλους τους αιτητές (ο/η Αιτητής και τα μέλη της οικογένειας του/της που αιτούνται κάλυψη):

<b>3.1</b>	Έχετε νοσηλευτεί τα τελευταία 5 χρόνια ή έχετε προγραμματισμένη νοσηλεία;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>3.2</b>	Έχετε ποτέ υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>3.3</b>	Λαμβάνετε αυτή τη στιγμή ή έχετε λάβει οποιαδήποτε στιγμή τα τελευταία 5 χρόνια φαρμακευτική ή άλλη θεραπεία για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (πέραν των 14 ημερών);	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>3.4</b>	Έχετε ποτέ υποβληθεί σε ακτινογραφία, ηλεκτροκαρδιογράφημα, δοκιμασία κόπωσης, υπερηχογράφημα, μαγνητική ή αξονική τομογραφία, μαστογραφία, pap test, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, εξετάσεις αίματος ή ούρων, ή άλλες εξετάσεις που έγιναν εξαιτίας κάποιων ενοχλήσεων ή προληπτικά και υπήρξαν ευρήματα που απαιτούσαν ή απαιτούν ιατρική συμβουλή ή θεραπεία ή περαιτέρω έλεγχο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>3.5</b>	Έχετε ποτέ απαλλαγεί από τον στρατό για λόγους υγείας;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>3.6</b>	Είστε έγκυος;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>3.7</b>	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση καρδιαγγειακού ή κυκλοφοριακού συστήματος όπως π.χ. στεφανιαία νόσο, στηθάγχη, έμφραγμα, υπέρταση, αρρυθμία, πόνοι στο στήθος, συγγενή καρδιοπάθεια, μυοκαρδιοπάθεια, πάθηση βαλβίδων, φύσημα, πάθηση αρτηριών ή φλέβων (θρόμβωση, απόφραξη, κίρσοι, οιδήματα), ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>3.8</b>	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση αναπνευστικού συστήματος όπως π.χ. βρογχικό άσθμα, αποφρακτική πνευμονοπάθεια, φυματίωση, βρογχίτιδα, πνευμονία, πνευμοθώρακας, πλευρίτιδα, αμυγδαλές, αδενοειδείς εκβλαστήσεις (κρεατάκια), ρινικό διάφραγμα, αναπνευστική δυσχέρεια, δύσπνοια, υπνική άπνοια, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>3.9</b>	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση χοληφόρων, γαστρεντερικού ή πεπτικού συστήματος όπως π.χ. γαστρίτιδα, παθήσεις στομάχου ή δωδεκαδάκτυλου, παθήσεις ήπατος, σπλήνας ή παγκρέατος, παγκρεατίτιδα, χολοκυστοπάθεια, ηπατίτιδα, πέτρα στη χοληδόχο κύστη, νόσο του Crohn, διάρροιες, παθήσεις εντέρου, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>3.10</b>	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση ουροποιογεννητικού συστήματος όπως π.χ. ουρολοίμωξη, πυελονεφρίτιδα, κωλικού νεφρού, πέτρα στα νεφρά, στους ουρητήρες ή στην κύστη, νεφρίτιδα, νεφρική ανεπάρκεια, αίμα, λεύκωμα ή σάκχαρο στα ούρα, παθήσεις προστάτη, κρυφορχία, τραχηλίτιδες, ενδομητρίωση, αφροδίσια νοσήματα, παθήσεις μήτρας, σαλπίνγγων, ωοθηκών ή μαστών, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>3.11</b>	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση νευρικού συστήματος ή εγκεφάλου ή ψυχική πάθηση όπως συχνοί πονοκέφαλοι, ημικρανίες ή ίλιγγοι, απώλεια αισθήσεων, σπασμοί, επιληψία, νεύρωση, παράλυση, σκλήρυνση κατά πλάκας, ψυχωσική συνδρομή, κατάθλιψη, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>3.12</b>	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση μυοσκελετικού συστήματος όπως π.χ. δισκοπάθεια, οσφυοισχιαλγία, αυχενάλγία ή άλλη πάθηση της σπονδυλικής στήλης, πάθηση ή κάκωση αρθρώσεων, κάταγμα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, ρευματική πάθηση, αρθροπάθεια, μυοπάθεια, αγκυλοποιητική σπονδυλαρθροπάθεια, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

3.13	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση του ενδοκρινολογικού συστήματος ή μεταβολική νόσο όπως π.χ. πάθηση θυροειδούς, ουρική αρθρίτιδα, σακχαρώδη διαβήτη, ορμονικές διαταραχές, διαταραχές κύκλου, υπερχοληστεριναιμία, πάθηση υπόφυσης ή άλλων αδένων, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.14	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση αίματος όπως π.χ. αναιμία, λευχαιμία, πάθηση λεμφαδένων ή αίματος, ή άλλο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.15	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση ματιών, αυτιών, μύτης ή λαιμού;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.16	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση δέρματος, αλλεργία, ψωρίαση ή σπύλους που χρειάζονται ιατρική παρακολούθηση;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.17	Έχετε ή είχατε ποτέ βουβωνοκήλη, ομφαλοκήλη ή άλλη κήλη;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.18	Έχετε ή είχατε ποτέ όγκο (καλοήθης ή κακοήθης) οποιασδήποτε μορφής;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.19	Έχετε μήπως γεννηθεί πρόωρα ή με κάποια πάθηση;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.20	Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε άλλη πάθηση, ασθένεια, πρόβλημα υγείας ή ενόχληση που δεν αναφέρεται πιο πάνω;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.21	Έχετε κάνει ποτέ χρήση αναβολικών, ναρκωτικών ή άλλων παραισθησιογόνων ουσιών;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.22	Χρησιμοποιείτε οποιοδήποτε προϊόν νικοτίνης (όπως τσιγάρα, ηλεκτρονικά τσιγάρα, συσκευές ατμίματος, πούρα ή υποκατάστατα νικοτίνης); Αν ναι, πόσο και πόσο συχνά;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.23	Καταναλώνετε αλκοόλ συχνά (περισσότερο από: 2 ποτήρια κρασί ή 2 μπύρες ή 30 χιλιοστόλιτρα άλλων οινοπνευματωδών ποτών, την ημέρα);	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.24	Συμμετέχετε ή προπονείστε σε αθλήματα ή ασχολείστε με επικίνδυνες δραστηριότητες;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.25	Έχετε άλλο ασφαλιστήριο προσωπικών ατυχημάτων ή υγείας σε ισχύ;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.26	Σας έχει ποτέ οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία απορρίψει ή εγκρίνει με ειδικούς όρους αίτηση ή πρόταση ασφάλισης ζωής, προσωπικών ατυχημάτων ή υγείας;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.27	Σας έχει ποτέ οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία ακυρώσει, ανανεώσει με ειδικούς όρους ή αρνηθεί να ανανεώσει ασφαλιστήριο προσωπικών ατυχημάτων ή υγείας;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
3.28	Έχετε ποτέ υποβάλει απαίτηση σε ασφαλιστήριο ζωής, προσωπικών ατυχημάτων ή υγείας;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

**Αν έχετε απαντήσει «Ναι» σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις 3.1 3.28, παρακαλούμε προσδιορίστε κάθε αιτητή για τον οποίο εφαρμόζεται η απάντηση και δώστε στοιχεία όπως: λεπτομέρειες για την πάθηση και την σημερινή ιατρική κατάσταση, στοιχεία του θεράποντος γιατρού, νοσηλευτηρίου και εμπλεκόμενων φορέων παροχής ιατρικής περίθαλψης, τη διάγνωση, τις ημερομηνίες και τύπο θεραπείας κ.λπ. Μπορείτε να επισυνάψετε πρόσθετες σελίδες αν είναι απαραίτητο.**

---



---



---



---



---



---

## ΕΝΟΤΗΤΑ 4 – Μεταφορά από άλλο ασφαλιστήριο

Αυτή η Ενότητα συμπληρώνεται ΜΟΝΟ σε περίπτωση κάλυψης βάσει μεταφοράς από άλλο ασφαλιστήριο

### Υπεύθυνη Δήλωση

Εγώ ο/η \_\_\_\_\_ επιβεβαιώνω ότι το ασφαλιστήριο υγείας / νοσηλείας / ιατροφαρμακευτικών εξόδων αριθμός: \_\_\_\_\_ βρίσκεται σε ισχύ με την ασφαλιστική εταιρεία \_\_\_\_\_, και αναγνωρίζω ότι οι όροι του ασφαλιστηρίου «Πλάνο Υγείας» διαφέρουν από το υφιστάμενό μου ασφαλιστήριο. Νοείται ότι οποιαδήποτε περίοδος αναμονής προνοείται από τους όρους του ασφαλιστηρίου «Πλάνο Υγείας» δεν θα τυχάνει εφαρμογής και σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστέου κινδύνου θα υποβάλλω ταυτόχρονα απαίτηση και σε οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστήριο διατηρώ σε ισχύ.

Ο Αιτητής: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_  
(ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)

## ΕΝΟΤΗΤΑ 5 – Δήλωση

Δηλώνω ότι οτιδήποτε αναφέρω στην Αίτηση αυτή είναι απόλυτα αληθές, σύμφωνα με όσα γνωρίζω, και ότι δεν έχω αποκρύψει ή παραποιήσει οποιοδήποτε γεγονός ή πληροφορία και δεν έχω προβεί εν γνώσει μου σε οποιαδήποτε ανακριβή δήλωση. Συμφωνώ ότι η Αίτηση με τη Δήλωση αυτή με δεσμεύει και ότι θα αποτελεί τη βάση του Ασφαλιστηρίου μεταξύ της Ασφαλιστικής Εταιρείας και εμένα και ότι η Αίτηση θα θεωρείται ότι ενσωματώνεται στο Ασφαλιστήριο, εφόσον αυτό εκδοθεί.

Δηλώνω, επίσης, ότι έχω λάβει γνώση και αποδέχομαι ότι η ευθύνη της Ασφαλιστικής Εταιρείας ξεκινά μετά τη γραπτή αποδοχή της Αίτησης αυτής.

Περαιτέρω δηλώνω ότι έχω λάβει όλη τη σχετική προσυμβατική ενημέρωση και πληροφόρηση σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις του Νόμου.

Ο Αιτητής: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_  
(ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)

Η παρούσα ειδοποίηση προστασίας προσωπικών δεδομένων παρέχει μια επισκόπηση των προσωπικών δεδομένων που επεξεργαζόμαστε (SI Insurance (Europe) SA, μέλος του ομίλου SOMPO) ως υπεύθυνος επεξεργασίας για την παροχή των υπηρεσιών μας. Παρέχει επίσης πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο που προστατεύουμε τα προσωπικά δεδομένα και τα δικαιώματα τρίτων. Ισχύει για Ασφαλιζόμενους, αιτητές αποζημίωσης και οποιοδήποτε τρίτο μέρος αλληλεπιδρά μαζί μας σχετικά με τα προϊόντα και τις υπηρεσίες μας. Η αναλυτική μας ειδοποίηση προστασίας προσωπικών δεδομένων είναι διαθέσιμη στη διεύθυνση: <https://www.sompo-intl.com/privacy-policies/>

Οι κατηγορίες προσωπικών δεδομένων που επεξεργαζόμαστε περιλαμβάνουν συνήθη προσωπικά δεδομένα, π.χ. στοιχεία επικοινωνίας· όπου είναι απαραίτητο, ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων, π.χ. πληροφορίες υγείας· καθώς και δεδομένα ποινικών αδικημάτων, τα οποία λαμβάνονται μέσω ελέγχων κατά της απάτης. Οι λόγοι επεξεργασίας περιλαμβάνουν συνήθως τη διαχείριση ασφαλιστηρίων, τη διαχείριση απαιτήσεων και παραπόνων, καθώς και τη διενέργεια ελέγχων ταυτοποίησης και πιστοληπτικής ικανότητας. Η νομική βάση επεξεργασίας εξαρτάται από τις περιστάσεις, αλλά συνήθως αφορά την εκτέλεση σύμβασης ή τη συμμόρφωση με νομικές υποχρεώσεις. Για ειδικές κατηγορίες δεδομένων, η επεξεργασία είναι απαραίτητη για σκοπούς ασφάλισης, για την προστασία ζωτικού συμφέροντος ή βασίζεται στη συγκατάθεση. Ενδέχεται να επεξεργαστούμε πληροφορίες σχετικά με ποινικές καταδίκες (εφόσον υπάρχουν) για την πρόληψη εγκλήματος.

Όπου έχουμε συγκατάθεση ή έννομο συμφέρον, χρησιμοποιούμε περιστασιακά προσωπικά δεδομένα για την αποστολή στοχευμένων ενημερωτικών email σχετικά με συναφή προϊόντα και υπηρεσίες. Τα email αυτά περιλαμβάνουν πάντοτε διαδικασία εξαίρεσης (opt-out). Περιστασιακά χρησιμοποιούμε αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων, για παράδειγμα για την αξιολόγηση της πιθανότητας υποβολής αίτησης. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτό και τα συναφή δικαιώματα περιλαμβάνονται στην αναλυτική μας ειδοποίηση προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Τα προσωπικά δεδομένα κοινοποιούνται σε εμάς τόσο άμεσα όσο και έμμεσα μέσω εξουσιοδοτημένων προσώπων ή οργανισμών, όπως ασφαλιστικών διαμεσολαβητών ή διαχειριστών απαιτήσεων. Όποιος παρέχει πληροφορίες για άλλο πρόσωπο πρέπει πρώτα να διασφαλίσει ότι το πρόσωπο αυτό έχει λάβει γνώση της παρούσας ειδοποίησης και συναινεί στην κοινοποίηση των δεδομένων του σε εμάς.

Κοινοποιούμε προσωπικά δεδομένα εντός του ομίλου Sompo και σε σχετικούς τρίτους, συμπεριλαμβανομένων παρόχων υπηρεσιών, ασφαλιστικών διαμεσολαβητών και ανασφαλιστών. Ο όμιλος SOMPO και πολλές από τις εταιρείες με τις οποίες συνεργαζόμαστε είναι διεθνείς οργανισμοί. Ως εκ τούτου, μεταφέρουμε προσωπικά δεδομένα εκτός Ηνωμένου Βασιλείου και ΕΟΧ. Διασφαλίζουμε ότι κάθε διεθνής διαβίβαση υπόκειται σε κατάλληλες εγγυήσεις και τεχνικά και οργανωτικά μέτρα, σύμφωνα με τη νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων.

Διατηρούμε τα προσωπικά δεδομένα μόνο για όσο διάστημα είναι απαραίτητο για την εκπλήρωση του σκοπού επεξεργασίας στον οποίο σχετίζονται, λαμβάνοντας υπόψη τις επιχειρηματικές μας ανάγκες και τις νομικές μας υποχρεώσεις. Η νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων παρέχει δικαιώματα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού και εναντίωσης σε κάθε άτομο του οποίου τα προσωπικά δεδομένα επεξεργαζόμαστε. Κάθε αίτημα άσκησης αυτών των δικαιωμάτων ή οποιοδήποτε παράπονο σχετικά με τον τρόπο που χειριζόμαστε προσωπικά δεδομένα πρέπει να αποστέλλεται στο [privacy@sompo-intl.com](mailto:privacy@sompo-intl.com). Μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον υπεύθυνο προστασίας δεδομένων μας στο [mhinze@sompo-intl.com](mailto:mhinze@sompo-intl.com). Παράπονα μπορούν επίσης να υποβληθούν στην αρμόδια εποπτική αρχή προστασίας δεδομένων. Για τις δραστηριότητές μας στο Ηνωμένο Βασίλειο, αυτή είναι το Information Commissioner's Office, ενώ για τις δραστηριότητες εντός ΕΟΧ είναι η Εθνική Επιτροπή Προστασίας Δεδομένων.

## Δήλωση συγκατάθεσης για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Δίνω τη ρητή μου συγκατάθεση για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων στη **SI Insurance (Europe), SA** για τους σκοπούς που αναφέρονται πιο πάνω:

Πλήρες όνομα αιτητή:

Α.Δ.Τ.:

Υπογραφή


### ΕΝΟΤΗΤΑ 7 – Επαγγελματικό Απόρρητο

Με την υπογραφή του παρόντος εντύπου αίτησης, ο Αιτητής (i) αναγνωρίζει ότι έχει ενημερωθεί σχετικά με τις υποχρεώσεις επαγγελματικού απορρήτου που ισχύουν στο Λουξεμβούργο και ότι έχει διαβάσει το έγγραφο παραίτησης από το επαγγελματικό απόρρητο, το οποίο είναι διαθέσιμο εδώ (<https://www.sompo-intl.com/locations/luxembourg-luxembourg/>), και (ii) αποδέχεται ρητά να παραιτηθεί από τις υποχρεώσεις επαγγελματικού απορρήτου της SI Insurance (Europe) SA, στον βαθμό και υπό τις προϋποθέσεις που ορίζονται στην εν λόγω παραίτηση.