

Συγκατάθεση Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων Ειδικών Κατηγοριών

- Δια της παρούσας, δηλώνω επίσης ότι παρέχω τη συγκατάθεσή μου, όπως αυτή απαιτείται από τις διατάξεις της νομοθεσίας περί Προσωπικών Δεδομένων, για τη συλλογή, επεξεργασία και τήρηση των Προσωπικών Δεδομένων μου Ειδικών κατηγοριών, καθώς και των Προσωπικών Δεδομένων Ειδικών κατηγοριών των τέκνων μου που έχω ορίσει ως προστατευόμενα μέλη, με σκοπό την αξιολόγηση της αποζημίωσης που έχω υποβάλλει.
- Αναγνωρίζω ότι οι πληροφορίες που παρέχονται με αυτή την Αίτηση είναι επίσης δυνατόν να γνωστοποιηθούν:
(i) Στην Τράπεζα της Ελλάδας (Δ.Ε.Ι.Α.) μετά από σχετική αίτηση στην Ασφαλιστική Εταιρεία, τηρουμένων του Νόμου και των νομικών διατυπώσεων, (ii) Σε δημόσιες υπηρεσίες, ανεξάρτητες αρχές, δικαστικές αρχές, δημοσίους λειτουργούς ή τρίτους βάσει επιταγών του Νόμου ή δικαστικών αποφάσεων, (iii) Σε διαγνωστικά κέντρα, καθώς και σε εταιρείες παροχής τηλεφωνικών υπηρεσιών που θα επιλέξει η Ασφαλιστική Εταιρεία για τους σκοπούς της αιτούμενης ασφάλισης, (iv) Σε χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, (v) Στις αρχές των Η.Π.Α..
- Η συγκατάθεσή μου αυτή, πέραν των ανωτέρω, επεκτείνεται και στην τήρηση και λειτουργία αρχείου από τη MetLife για τα Προσωπικά Δεδομένα μου Ειδικών κατηγοριών που της έχω ήδη γνωστοποιήσει στα πλαίσια της εν ισχύ μεταξύ μας συμβατικής σχέσης, καθώς επίσης και για τα Προσωπικά Δεδομένα Ειδικών κατηγοριών των τυχόν καλυπτόμενων τέκνων μου, είτε σε ηλεκτρονική είτε σε έντυπη μορφή, στις εγκαταστάσεις της εταιρείας ή σε αυτές τρίτου παρόχου με τον οποίο η MetLife διατηρεί εν ισχύ σύμβαση είτε σε άλλη εταιρεία του Ομίλου MetLife στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό, σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της ισχύουσας νομοθεσίας.
- Δηλώνω επίσης ότι έχω λάβει γνώση ότι, σε περίπτωση που δεν παρέχω ή/και ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου στη MetLife, η τελευταία δεν θα είναι σε θέση να ολοκληρώσει την αξιολόγηση του αιτήματος ασφάλισής μου και ως εκ τούτου να προβεί σε αποζημίωσή μου, βάσει των όρων του ασφαλιστηρίου μου. Παράλληλα, παρέχεται το δικαίωμα στη MetLife να αναστείλει την εκπλήρωση των συμβατικών της υποχρεώσεων ή ακόμη και να καταγγείλει τη μεταξύ μας ασφαλιστική σύμβαση, εφόσον η εκπλήρωση της συγκεκριμένης υποχρέωσης καθίσταται ανέφικτη, λόγω της ανάκλησης της συγκατάθεσής μου.
- Αναγνωρίζω επίσης, ότι τυχόν ανάκληση δεν θα επηρεάσει την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων μου Ειδικών κατηγοριών καθώς και των Προσωπικών Δεδομένων Ειδικών κατηγοριών τυχόν προστατευόμενων τέκνων μου που έχει πραγματοποιηθεί από την MetLife μέχρι τη στιγμή της ανάκλησης της συγκατάθεσής μου.
- Επιπροσθέτως, δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί αναφορικά με τη διατήρηση από τη MetLife και μετά τη λήξη της συμβατικής μας σχέσης, του συνόλου των Προσωπικών Δεδομένων μου Ειδικών κατηγοριών καθώς και των Προσωπικών δεδομένων Ειδικών κατηγοριών τυχόν προστατευόμενων τέκνων μου, τα οποία απέκτησε από εμένα κατά τη διάρκεια της ασφαλιστικής κάλυψής μου και στα πλαίσια της παροχής ασφαλιστικής κάλυψης, για όσο χρόνο απαιτείται εκ του Νόμου ή εκ της μεταξύ μας σύμβασης.
- Έχω δε λάβει γνώση της Γνωστοποίησης Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων της MetLife, η οποία προσδιορίζει αναλυτικά τον τρόπο χρήσης των Προσωπικών και Ειδικών κατηγοριών Προσωπικών Δεδομένων μου και των δικαιωμάτων μου αναφορικά με την ανωτέρω χρήση, και η οποία είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα www.metlife.gr και ειδικότερα στην ενότητα για το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων.
- Δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση ότι σε περίπτωση που ανακύψει οποιαδήποτε απορία σχετική με την αιτούμενη συγκατάθεσή μου για τη χρήση από την MetLife των Προσωπικών μου Δεδομένων, μπορώ να επικοινωνήσω με τον Αναπληρωτή Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων για την METLIFE A.E.A.Z. κ. Γεώργιο Μπουλούκο του οποίου τα στοιχεία επικοινωνίας είναι τα κάτωθι:
 - Τηλέφωνο: 210-8787578
 - e-mail: privacy@metlife.gr
- Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση του δικαιώματος καταγγελίας κατά της MetLife που μου παρέχεται από τις διατάξεις της νομοθεσίας περί Προσωπικών Δεδομένων, στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, Γραφεία: Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, Τηλεφωνικό Κέντρο: +30-210 6475600, Fax: +30-210 6475628, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: contact@dpa.gr.
- Έχοντας λάβει γνώση όλων των ανωτέρω παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε ανάλογα με την προτίμησή σας κατωτέρω:
 - Ναι, συμφωνώ** η MetLife A.E.A.Z. να επεξεργαστεί τα Προσωπικά Δεδομένα μου Ειδικών κατηγοριών καθώς επίσης και τα Προσωπικά Δεδομένα Ειδικών κατηγοριών τυχόν καλυπτόμενων τέκνων μου σύμφωνα με όσα μου γνωστοποιήθηκαν παραπάνω.
 - Όχι, δεν συμφωνώ** η MetLife A.E.A.Z. να επεξεργαστεί τα Προσωπικά Δεδομένα μου Ειδικών κατηγοριών καθώς επίσης και τα Προσωπικά Δεδομένα Ειδικών κατηγοριών τυχόν καλυπτόμενων τέκνων μου σύμφωνα με όσα μου γνωστοποιήθηκαν παραπάνω.
- Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω την ανωτέρω συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή επικοινωνώντας μέσω email στο privacy@metlife.gr.

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς

Υπογραφή*

Ημερομηνία

(* Σε περίπτωση όπου ο Ασφαλισμένος είναι κάτω των 15 ετών, η αίτηση υπογράφεται από τον Κηδεμόνα/Ασφαλισμένο.

Όνοματεπώνυμο Νόμιμου Εκπροσώπου Εργοδότη

Υπογραφή και Σφραγίδα

Ημερομηνία