

Αίτηση για εταιρική υγειονομική περίθαλψη

Συνάπτεται με τη SiriusPoint International Insurance Corporation
Underwritten by SiriusPoint International Insurance Corporation

Οδηγίες συμπλήρωσης εντύπου

- Filling out this form**
- Χρησιμοποιήστε αυτό το έντυπο για να υποβάλετε αίτηση για ένα από τα τέσσερα προγράμματα ιατρικής ασφάλισης Global Prima.
 - Use this form for one of our four Global Prima Medical Insurance plans.
 - Απαντήστε προσεκτικά σε όλες τις ακόλουθες ερωτήσεις, οι οποίες είναι σημαντικές για την παροχή αυτής της ασφάλισης και τον ορισμό των όρων και των ασφαλιστρών. Επικοινωνήστε μαζί μας εάν δεν κατανοείτε την ερώτηση ή τη φύση των απαιτούμενων πληροφοριών ή ζητήσετε οδηγίες από τον ασφαλιστή σας. Η αδυναμία παροχής πληροφοριών ή η παροχή ημιτελών ή ανακριβών πληροφοριών ενδέχεται να προκαλέσει απώλεια της κάλυψης ή άλλων παροχών. Θυμηθείτε να υπογράψετε τη Δήλωση στη σελίδα 4.
 - You must take care in answering all the following questions which are relevant to us in providing this insurance and setting the terms and premium. Please contact us if you do not understand the question or the nature of the information required or please seek guidance from your broker. Failure to provide information or the provision of incomplete or inaccurate information may result in the loss of cover or other remedies. Remember to sign the Declaration on page 4.
 - Συμπληρώστε ευκρινώς τα στοιχεία με κεφαλαία γράμματα.
 - Please write clearly using capital letters.
 - Αν έχετε απορίες, καλέστε μας στο +44 (0) 1903 817970 (Ηνωμένο Βασίλειο).
 - If you have any questions, call us on +44 (0) 1903 817970 (UK).
 - Αν χρειάζεστε ένα αντίγραφο αυτού του εντύπου αίτησης, ενημερώστε μας εντός 3 μηνών.
 - If you would like a copy of this application form, please let us know within 3 months.

Ποια είναι τα επόμενα βήματα;

- What's next?**
- Στείλτε μας το συμπληρωμένο έντυπο και το υπολογιστικό φύλλο με τα άτομα προς κάλυψη, χρησιμοποιώντας **μία** από τις εξής επιλογές:
 - Send your completed form and your spreadsheet of persons to be covered back to us using **one** of these options:
– Email: salesintl@imglobal.com
 - Ταχυδρομικά: IMG, 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL United Kingdom
 - Post: IMG 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL United Kingdom
 - Θα λάβετε μια επιστολή με τους όρους μας και το αίτημα πληρωμής εντός 5 εργάσιμων ημερών.
 - We will write to you with your terms and requesting payment within 5 working days.
 - Αφού λάβουμε την πληρωμή σας, θα σας στείλουμε τα έντυπα του ασφαλιστηρίου σας.
 - Then, once we've received your payment, we'll send your policy documentation.

1 Επιλογή επιπέδου κάλυψης

Choosing your level of cover

Επιλέξτε τα παρακάτω **προγράμματα** για την κάλυψη όλων όσους αφορά αυτή η αίτηση και επιλέξτε τα αντίστοιχα πλαίσια για να υποδείξετε το επίπεδο κάλυψής σας. Για περισσότερες πληροφορίες για τα προγράμματά μας, επισκεφτείτε τη διεύθυνση www.imglobal.com/intl ή απλώς σαρώστε αυτόν τον κωδικό με το smartphone σας →

Please select **the plans** below to cover everyone on this application, then tick the boxes to choose your level of cover.

For more information on our plans, visit www.imglobal.com/intl or simply scan this code with your smartphone →



ΧΑΛΚΙΝΟ	ΧΑΛΚΙΝΟ PLUS	ΑΣΗΜΕΝΙΟ	ΧΡΥΣΟ	ΠΛΑΤΙΝΙΝΙΟ
☒ Θεραπεία με νοσηλεία, θεραπεία με ημερήσια νοσηλεία και θεραπεία σε εξωτερικά ιατρεία In-patient, day-patient, and out-patient treatment	☒ Θεραπεία με νοσηλεία, θεραπεία με ημερήσια νοσηλεία και θεραπεία σε εξωτερικά ιατρεία In-patient, day-patient, and out-patient treatment	☒ Θεραπεία με νοσηλεία, θεραπεία με ημερήσια νοσηλεία και θεραπεία σε εξωτερικά ιατρεία In-patient, day-patient, and out-patient treatment	☒ Θεραπεία με νοσηλεία, θεραπεία με ημερήσια νοσηλεία και θεραπεία σε εξωτερικά ιατρεία In-patient, day-patient, and out-patient treatment	☒ Θεραπεία με νοσηλεία, θεραπεία με ημερήσια νοσηλεία και θεραπεία σε εξωτερικά ιατρεία In-patient, day-patient, and out-patient treatment
☒ Εκκένωση ή επαναπατρισμός Evacuation or Repatriation	☒ Εκκένωση ή επαναπατρισμός Evacuation or Repatriation	☒ Εκκένωση ή επαναπατρισμός Evacuation or Repatriation	☒ Εκκένωση ή επαναπατρισμός Evacuation or Repatriation	☒ Εκκένωση ή επαναπατρισμός Evacuation or Repatriation
Όριο εγκυμοσύνης και τοκετού ρουτίνας Routine Pregnancy & Childbirth limit: ☐ 5.000 £/5.000 €/5.000 \$ ☐ 10.000 £/10.000 €/10.000 \$ ☐ 20.000 £/20.000 €/20.000 \$ ☐ NA	Όριο εγκυμοσύνης και τοκετού ρουτίνας Routine Pregnancy & Childbirth limit: ☐ 5.000 £/5.000 €/5.000 \$ ☐ 10.000 £/10.000 €/10.000 \$ ☐ 20.000 £/20.000 €/20.000 \$ ☐ NA	Όριο εγκυμοσύνης και τοκετού ρουτίνας Routine Pregnancy & Childbirth limit: ☐ 5.000 £/5.000 €/5.000 \$ ☐ 10.000 £/10.000 €/10.000 \$ ☐ 20.000 £/20.000 €/20.000 \$ ☐ NA	Όριο εγκυμοσύνης και τοκετού ρουτίνας Routine Pregnancy & Childbirth limit: ☐ 5.000 £/5.000 €/5.000 \$ ☐ 10.000 £/10.000 €/10.000 \$ ☐ 20.000 £/20.000 €/20.000 \$ ☐ NA	Όριο εγκυμοσύνης και τοκετού ρουτίνας Routine Pregnancy & Childbirth limit: ☐ 5.000 £/5.000 €/5.000 \$ ☐ 10.000 £/10.000 €/10.000 \$ ☐ 20.000 £/20.000 €/20.000 \$ ☐ NA
Όριο οδοντιατρικής θεραπείας Dental Treatment Limit ☐ 1.000 £/1.000 €/1.000 \$ ☐ 2.000 £/2.000 €/2.000 \$ ☐ NA	Όριο οδοντιατρικής θεραπείας Dental Treatment Limit ☐ 1.000 £/1.000 €/1.000 \$ ☐ 2.000 £/2.000 €/2.000 \$ ☐ NA	Όριο οδοντιατρικής θεραπείας Dental Treatment Limit ☐ 1.000 £/1.000 €/1.000 \$ ☐ 2.000 £/2.000 €/2.000 \$ ☐ NA	Όριο οδοντιατρικής θεραπείας Dental Treatment Limit ☐ 1.000 £/1.000 €/1.000 \$ ☐ 2.000 £/2.000 €/2.000 \$ ☐ NA	Όριο οδοντιατρικής θεραπείας Dental Treatment Limit ☐ 1.000 £/1.000 €/1.000 \$ ☐ 2.000 £/2.000 €/2.000 \$ ☐ NA
Περιοχή κάλυψης: Area of cover:				
☐ Περιοχή 1 – Ευρώπη Area 1 – Europe ☐ Περιοχή 2 – Παγκόσμια, εκτός ΗΠΑ και εδαφών των ΗΠΑ Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Περιοχή 3 - Παγκόσμια Area 3 - Worldwide	☐ Περιοχή 1 – Ευρώπη Area 1 – Europe ☐ Περιοχή 2 – Παγκόσμια, εκτός ΗΠΑ και εδαφών των ΗΠΑ Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Περιοχή 3 - Παγκόσμια Area 3 - Worldwide	☐ Περιοχή 1 – Ευρώπη Area 1 – Europe ☐ Περιοχή 2 – Παγκόσμια, εκτός ΗΠΑ και εδαφών των ΗΠΑ Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Περιοχή 3 - Παγκόσμια Area 3 - Worldwide	☐ Περιοχή 1 – Ευρώπη Area 1 – Europe ☐ Περιοχή 2 – Παγκόσμια, εκτός ΗΠΑ και εδαφών των ΗΠΑ Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Περιοχή 3 - Παγκόσμια Area 3 - Worldwide	☐ Περιοχή 1 – Ευρώπη Area 1 – Europe ☐ Περιοχή 2 – Παγκόσμια, εκτός ΗΠΑ και εδαφών των ΗΠΑ Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Περιοχή 3 - Παγκόσμια Area 3 - Worldwide
Σε ποιο νόμισμα θέλετε να καταβάλλετε το ασφάλιστρο; Οι παροχές του ασφαλιστηρίου σας θα καταβάλλονται επίσης σε αυτό το νόμισμα. In which currency would you like to pay your premium? Your policy benefits will also be in this currency. ☐ Στερλίνες Αγγλίας £ GBP£ ☐ Ευρώ € EURO ☐ Δολάρια ΗΠΑ \$ US\$				
Τι υπερβάλλον ασφάλιστρο θέλετε να καταβάλλετε; Το υπερβάλλον ασφάλιστρο ισχύει ανά άτομο ανά έτος ασφαλιστηρίου και δεν εφαρμόζεται στις παροχές: Εγκυμοσύνη και τοκετός ρουτίνας, Οδοντιατρική θεραπεία, Εκκένωση ή επαναπατρισμός ή Ευεξία, Οπτικά και Εμβολιασμοί. Για να μειώσετε το ποσό του ασφαλίστρου σας, επιλέξτε υψηλότερο υπερβάλλον ασφάλιστρο. How much excess would you like to pay? Excess is per person per policy year and does not apply to Routine Pregnancy & Childbirth and Dental Treatment options, Evacuation or Repatriation, Well-being, Optical and Vaccinations benefits. To reduce your premium amount, choose a higher policy excess.				
☐ Μηδέν Nil ☐ 500 £/500 €/500 \$ ☐ 7.500 £/7.500 €/7.500 \$	☐ 50 £/50 €/50 \$ ☐ 1.000 £/1.000 €/1.000 \$	☐ 150 £/150 €/150 \$ ☐ 2.500 £/2.500 €/2.500 \$	☐ 300 £/300 €/300 \$ ☐ 5.000 £/5.000 €/5.000 \$	
Πώς θα θέλατε να καταβάλλετε το ασφάλιστρό σας? Θα σας στείλουμε λεπτομέρειες μετά την αποδοχή της αίτησής σας. How would you like to pay your premium? We'll send details following acceptance of your application. ☐ Ετήσια Annually → Τραπεζικό έμβασμα Bank Transfer ☐ Τριμηνιαία Quarterly → Τραπεζικό έμβασμα Bank Transfer ☐ Μηνιαία Monthly → Τραπεζικό έμβασμα Bank Transfer				

2 Πληροφορίες για την εταιρεία (Κάτοχος ασφαλιστηρίου)

About the company (Policyholder)

Στοιχεία εταιρείας Company details

Πλήρης επωνυμία εταιρείας
Full company trading name

Διεύθυνση που θα αναγράφεται στο ασφαλιστήριο
Address to be shown on policy

Ταχυδρομικός κωδικός:
Postcode:

Χώρα
Country

Διεύθυνση αλληλογραφίας (αν είναι διαφορετική)
Correspondence address (if different)

Ταχυδρομικός κωδικός:
Postcode:

Χώρα
Country

Διεύθυνση ιστοτόπου
Website address

Κλάδος
Industry

Ιατρικό ιστορικό Medical history

Ποιοι όροι ανάληψης ασφαλιστικών κινδύνων απαιτούνται;
Which underwriting terms are required?

- ☐ Χωρίς έλεγχο ιατρικού ιστορικού (Medical History Disregarded – MHD, για άνω των 10 εργαζόμενων)
Medical History Disregarded (MHD for over 10 employees)
- ☐ Πλήρης ανάληψη ασφαλιστικών κινδύνων υγείας (FMU)* ☐ Δικαιοστάσιο (Mori)
Full Medical Underwriting (FMU)* Moratorium (Mori)
- ☐ Χάλκινο πρόγραμμα ☐ Μεταφορά από άλλη ασφαλιστική εταιρεία (CPME)**
Bronze Plan Transfer from another insurer (CPME)**

Απείχε κάποιος εργαζόμενος που περιλαμβάνεται σε αυτό το ασφαλιστήριο από την εργασία του για οποιονδήποτε ιατρικό λόγο για διάστημα μεγαλύτερο των δύο εβδομάδων το προηγούμενο έτος; ☐ Ναι ☐ Όχι
Yes No

Has any employee on this policy been signed off work for any medical reason for a period of more than two weeks in the past year?

Εξ όσων γνωρίζετε, διαγνώστηκε τα τελευταία 5 χρόνια ή έλαβε κάποια μορφή θεραπείας/συμβουλευτικής οποιοσδήποτε μέλος αυτού του ασφαλιστηρίου για καρδιακή πάθηση, καρκίνο, εγκεφαλικό, διαβήτη, άγχος, κατάθλιψη, ψυχιατρική πάθηση ή προβλήματα στη μέση ή διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος; ☐ Ναι ☐ Όχι
Yes No

To the best of your knowledge, in the past 5 years has any member on this policy been diagnosed with, or received any form of treatment/consultation for a heart condition, cancer, stroke, diabetes, anxiety, depression, psychiatric, back issues or an immune system disorder.

Εξ όσων γνωρίζετε, πάσχει κάποιο μέλος του παρόντος ασφαλιστηρίου από κάποια ιατρική πάθηση που είναι πιθανό να οδηγήσει στην ανάγκη νοσηλείας σε νοσοκομείο; ☐ Ναι ☐ Όχι
Yes No

To the best of your knowledge, does any member on this policy have any medical condition that is likely to result in the need for an in-patient stay in hospital?

Εάν απαντήσατε «ναι» σε οποιοδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις, παρέχετε πλήρεις λεπτομέρειες στη σελίδα 3, στην ενότητα «Δήλωση παθήσεων».

If you have answered yes to any of the questions above, please give full details on page 3 under the section Declaring Illnesses.

*Εκτός από τη συμπλήρωση των παραπάνω τριών ερωτήσεων, εάν υποβάλλετε αίτηση για πλήρη ανάληψη ασφαλιστικών κινδύνων υγείας, απαιτείται υποβολή ατομικής βεβαίωσης υγείας.

*If applying for Full Medical Underwriting individual health declaration will be required.

**Σε περίπτωση μεταφοράς ατόμου από άλλη ασφαλιστική εταιρεία (CPME), δεν θα πρέπει να υπάρχει διακοπή της κάλυψης, ενώ θα χρειαστούν αντίτυπα του τρέχοντος Πιστοποιητικού Ασφάλισης κάθε μέλους. Επίσης, όταν σε ένα πρόγραμμα περιλαμβάνονται λιγότεροι από 10 εργαζόμενοι, θα ζητηθούν ατομικές βεβαιώσεις υγείας.

**If anyone is transferring from another insurer (CPME) there must be no break in cover and copies of each member's current Certificate of Insurance will be required. In addition, where a scheme has less than 10 employees individual health declaration will be required.

Στοιχεία διαχειριστή ομάδας Group administrator details

Παρέχετε λεπτομέρειες για το άτομο που είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση αυτού του ασφαλιστηρίου, συμπεριλαμβανομένων ειδοποιήσεων για τυχόν αλλαγές στα άτομα που ασφαλίζονται στο πλαίσιο του παρόντος ασφαλιστηρίου.

Give the details of the person responsible for the administration of this policy, including notification of any changes to the people insured under this policy.

Όνομα διαχειριστή ομάδας
Name of group administrator

Τίτλος/θέση
Title/position

Τηλέφωνο
Telephone

Φαξ
Fax

Διεύθυνση email
Email address

Στοιχεία ατόμου Individual details

Παρέχετε ένα υπολογιστικό φύλλο με όλα τα άτομα (συμπεριλαμβανομένων των εξαρτημένων μελών, όπου ισχύει) που θα καλυφθούν από αυτό το ασφαλιστήριο, αναφέροντας τα εξής στοιχεία τους:

Please supply a spreadsheet of all individuals (including dependants, where applicable) to be covered under this policy, stating their:

☒ Τίτλος
Title

☒ Όνομα
First name

☒ Αρχικά
Initial

☒ Επώνυμο
Surname

☒ Φύλο
Gender

☒ Ημερομηνία γέννησης (HH-MM-EEEE)
Date of birth (DD-MM-YYYY)

☒ Διεύθυνση σπιτιού
Residential address

☒ Χώρα κατοικίας
Country of residence

☒ Εθνικότητα
Nationality

☒ Εάν αποτελεί Μέλος ή Σύντροφο/Παιδί Μέλους
Whether they're a Member or a Partner / Child of a Member

☒ Ημερομηνία απασχόλησης
Employment Date

☒ Επιλεγμένο πρόγραμμα
Plan selected

Εάν συμπληρώνετε ηλεκτρονικά αυτό το έντυπο, μπορείτε να επισυνάψετε ένα υπολογιστικό φύλλο του Microsoft όταν θα μας αποστείλετε το έντυπο μέσω email. Συμπεριλάβετε την πλήρη επωνυμία της εταιρείας σας στον τίτλο. Οι αιτούντες από την Ελλάδα υποχρεούνται να παρέχουν τα στοιχεία φορολογικού μητρώου τους και τα στοιχεία εταιρικού ΦΠΑ.

If you're completing this form digitally, you can attach a Microsoft Excel spreadsheet when you email your form to us. Please include your full company trading name in the title. Applicants from Greece are required to provide their Tax Identification Information and Corporate VAT details.

Κριτήρια συμμετοχής Eligibility

Εργαζόμενοι: Υποχρεωτικό
Employees: Compulsory

☐ Προαιρετικό
Voluntary

☐ Εξαρτημένα μέλη: Υποχρεωτικό
Dependants: Compulsory

☐ Προαιρετικό
Voluntary

Όνομα κατηγορίας, π.χ. διευθυντές, προϊστάμενοι, γενικοί υπάλληλοι
Name of category e.g. directors, managers, general employees

Αριθμός/διαχωρισμός εργαζόμενων/ εξαρτημένων μελών με δικαίωμα συμμετοχής
Number/split of eligible employees /dependants

Αριθμός/διαχωρισμός εργαζόμενων /εξαρτημένων μελών με κάλυψη
Number/split of employees/dependants taking cover

Κριτήρια δικαιώματος συμμετοχής, π.χ. περίοδοι αναστολής/ αναμονής, κατηγορίες εργαζόμενων κ.λπ.
Eligibility criteria e.g. probation/wait periods, employee grades etc.

Οποιοσδήποτε εργαζόμενος ή εξαρτημένο μέλος δεν ενταχθεί όταν αρχικά αποκτάει δικαίωμα συμμετοχής, ενδέχεται να κληθεί να συμπληρώσει μια ιατρική δήλωση, ενώ επιφυλασσόμαστε του δικαιώματος να προσφέρουμε διαφορετικούς όρους ασφάλισης.

Any employee or dependant who does not join when first eligible may be required to complete a medical declaration and we reserve the right to offer different underwriting terms.

Δήλωση παθήσεων
Declaring illnesses

Εάν απαντήσατε **ναι** σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις, παρέχετε πλήρη στοιχεία εδώ. Συνεχίστε σε ξεχωριστό φύλλο, αν χρειαστεί.
If you've answered **yes** to any of the questions above, you must give full details here. Please continue on a separate sheet if necessary.

Όνοματεπώνυμο
Full name

Ιατρική πάθηση, συμπεριλαμβανομένης της τρέχουσας πρόγνωσης
Medical condition, including current prognosis

Θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων ημερομηνιών, φαρμάκων και δοσολογιών
Treatment, including dates, drugs and dosages

Όνοματεπώνυμο
Full name

Ιατρική πάθηση, συμπεριλαμβανομένης της τρέχουσας πρόγνωσης
Medical condition, including current prognosis

Θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων ημερομηνιών, φαρμάκων και δοσολογιών
Treatment, including dates, drugs and dosages

3 Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ)
General Data Protection Regulation (GDPR)

Το παρόν αποτελεί μόνο μια σύνοψη της πολιτικής απορρήτου της IMG και των δικαιωμάτων σας στο πλαίσιο του ΓΚΠΔ. Για πλήρη στοιχεία σχετικά με τον τρόπο συλλογής και χρήσης των προσωπικών πληροφοριών σας εκ μέρους μας και τα αντίστοιχα δικαιώματά σας, ανατρέξτε στην πλήρη Πολιτική Απορρήτου μας η οποία είναι διαθέσιμη στη διεύθυνση https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy

Η IMG συλλέγει πληροφορίες πολλών τύπων, προκειμένου να λειτουργεί αποτελεσματικά και να σας προσφέρει τα καλύτερα προϊόντα, τις καλύτερες υπηρεσίες και τις καλύτερες εμπειρίες που μπορεί. Ανεξαρτήτως της προέλευσής τους, θεωρούμε ότι είναι σημαντικό να χειριζόμαστε με προσοχή αυτές τις πληροφορίες και να σας βοηθούμε στη διαφύλαξη του απορρήτου σας. IMG collects many kinds of information in order to operate effectively and provide you the best products, services and experiences we can. Regardless of the source, we believe it is important to treat that information with care and to help you maintain your privacy.

Επεξεργάζομαστε τα προσωπικά σας δεδομένα στο πλαίσιο των έννομων συμφερόντων μας, ώστε να σας παρέχουμε τις υπηρεσίες που έχετε αγοράσει. Αυτό περιλαμβάνει την αξιολόγηση της αίτησής σας τη διαχείριση του ασφαλιστηρίου σας και τον χειρισμό των αιτήσεων αποζημίωσης. Επιπλέον, βασίζομαστε στις νόμιμες βάσεις ουσιαστικού δημόσιου συμφέροντος για την πρόληψη της απάτης και τη διασφάλιση της ακεραιότητας του ασφαλιστικού κλάδου, στις νομικές υποχρεώσεις συμμόρφωσης με τους κανονισμούς και τις απαιτήσεις αναφοράς, καθώς και στη συμβατική αναγκαιότητα, προκειμένου να σας παρέχουμε την κάλυψη και τις υπηρεσίες που περιγράφονται στο ασφαλιστήριο σας.

We process your personal data as part of our legitimate interests to provide you with the services you have purchased. This includes assessing your application, managing your policy and handling claims. Additionally, we rely on the lawful bases of substantial public interest to prevent fraud and ensure the integrity of the insurance industry, legal obligations to comply with regulations and reporting requirements, and contractual necessity in order to provide you with the coverage and services outlined in your policy.

Παρέχοντας τη συγκατάθεσή σας για σκοπούς μάρκετινγκ, ενδέχεται να συλλέγουμε πληροφορίες για εσάς από τρίτους, οι οποίες μας βοηθούν να εντοπίζουμε ασφαλιστικά προϊόντα και υπηρεσίες που μπορεί να σας ενδιαφέρουν και να κοινοποιούμε πληροφορίες σε τρίτους, όπως εργαλεία ανάλυσης δικτύου, για να σας αποστέλλουμε σχετικές πληροφορίες και μελλοντικό υλικό μάρκετινγκ, καθώς και για όλους τους λοιπούς σκοπούς που προβλέπονται στην Πολιτική Απορρήτου μας. Μπορείτε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή.

By providing marketing consent, we may gather information about you from third parties to help us identify insurance products and services in which you may have interest, and share information with third parties, such as web analytics tools, in order to send you relevant information and future marketing materials, and for all other purposes set forth in our Privacy Policy. You may withdraw your consent at any time.

Ενδέχεται να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες σας σε τρίτους που παρέχουν υπηρεσίες εκ μέρους μας, για να παροχή υποστήριξης στις επιχειρηματικές δραστηριότητές μας. Αυτές οι εταιρείες εξουσιοδοτούνται να κάνουν χρήση των προσωπικών πληροφοριών σας μόνο στον βαθμό που είναι απαραίτητη για την παροχή αυτών των υπηρεσιών σε εμάς. Όταν κοινοποιούμε πληροφορίες σε αυτές τις τρίτες εταιρείες για την παροχή υπηρεσιών σε εμάς, δεν τους επιτρέπεται να κάνουν χρήση αυτών των πληροφοριών για οποιονδήποτε άλλο σκοπό και οφείλουν να τηρούν την εμπιστευτικότητά τους. Αυτές οι υπηρεσίες ενδέχεται να περιλαμβάνουν τις εξής:

We may share your information with third parties who provide services on our behalf to help with our business activities. These companies are authorized to use your personal information only as necessary to provide these services to us. When we share information with these other companies to provide services for us, they are not allowed to use it for any other purpose and must keep it confidential. These services may include

- Έκδοση απόφασης και διαχείριση της διαδικασίας απαιτήσεων
- Adjudicating and managing the claims process
- Επεξεργασία πληρωμών προς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης
- Payment processing to healthcare providers
- Παροχή εξυπηρέτησης πελατών
- Providing customer service

Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, η IMG ενδέχεται να κληθεί να αποκαλύψει προσωπικά δεδομένα ως απόκριση σε νόμιμα αιτήματα δημοσίων αρχών, συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης των απαιτήσεων εθνικής ασφάλειας ή εφαρμογής του νόμου.

In certain situations, IMG may be required to disclose personal data in response to lawful requests by public authorities, including to meet national security or law enforcement requirements.

4 Ειδοποίηση εύλογης επεξεργασίας
Fair Processing Notice

Στην παρούσα Δήλωση Απορρήτου περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο η SiriusPoint International Insurance Corporation (για τους σκοπούς της παρούσας δήλωσης «εμείς», «εμάς» ή η «Ασφαλιστική Εταιρεία») συλλέγει και χρησιμοποιεί τις προσωπικές πληροφορίες των ασφαλισμένων, των αιτούντων και άλλων μερών (για τους σκοπούς της παρούσας δήλωσης «εσείς») κατά την παροχή των υπηρεσιών ασφάλισης και αντασφάλισής της.

This Privacy Notice describes how SiriusPoint International Insurance Corporation (for the purpose of this notice "we", "us" or the "insurer") collect and use the personal information of insureds, claimants and other parties (for the purpose of this notice "you") when we are providing our insurance and reinsurance services.

Οι πληροφορίες που παρέχονται στην Ασφαλιστική Εταιρεία, σε συνδυασμό με ιατρικές και τυχόν άλλες πληροφορίες που λαμβάνονται από εσάς ή από άλλα μέρη σχετικά με εσάς, σε σχέση με την παρούσα πολιτική, θα χρησιμοποιούνται από την Ασφαλιστική Εταιρεία για τους σκοπούς προσδιορισμού της αίτησής σας, λειτουργίας της ασφάλισης (που περιλαμβάνει τη διαδικασία ανάλυσης κινδύνων, διαχείρισης διαχείρισης απαιτήσεων, ανάλυσης σε σχέση με την ασφάλιση, αποκατάστασης και χειρισμού θεμάτων πελατών) και πρόληψης και εντοπισμού απατών. Ενδέχεται να απαιτείται βάσει νόμου να συλλέγουμε προσωπικές πληροφορίες για εσάς ή ως συνέπεια οποιασδήποτε συμβατικής σχέσης διατηρούμε μαζί σας. Η αδυναμία παροχής αυτών των πληροφοριών ενδέχεται να αποτρέψει ή να καθυστερήσει την εκπλήρωση αυτών των υποχρεώσεων.

The information provided to the insurer, together with medical and any other information obtained from you or from other parties about you in connection with this policy, will be used by the insurer for the purposes of determining your application, the operation of insurance (which includes the process of underwriting, administration, claims management, analytics relevant to insurance, rehabilitation and customer concerns handling) and fraud prevention and detection. We may be required by law to collect certain personal information about you, or as a consequence of any contractual relationship we have with you. Failure to provide this information may prevent or delay the fulfillment of these obligations.

Οι πληροφορίες θα κοινοποιούνται από την Ασφαλιστική Εταιρεία για αυτούς τους σκοπούς στις εταιρείες του ομίλου και τρίτους ασφαλιστές, αντασφαλιστές, ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές και παρόχους υπηρεσιών. Αυτοί οι συμβαλλόμενοι ενδέχεται να καταστούν ελεγκτές δεδομένων αναφορικά με τις προσωπικές πληροφορίες σας. Καθώς λειτουργούμε στο πλαίσιο μιας διεθνούς επιχείρησης, ενδέχεται να μεταβιβάσουμε τις προσωπικές πληροφορίες σας εκτός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου για αυτούς τους σκοπούς.

Information will be shared by the insurer for these purposes with group companies and third party insurers, reinsurers, insurance intermediaries and service providers. Such parties may become data controllers in respect of your personal information. Because we operate as part of a global business, we may transfer your personal information outside the European Economic Area for these purposes.

Έχετε συγκεκριμένα δικαιώματα σχετικά με τις προσωπικές πληροφορίες σας, σύμφωνα με τους τοπικούς νόμους. Αυτά περιλαμβάνουν τα δικαιώματα αιτήματος πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού, ένστασης και λήψης των προσωπικών πληροφοριών σας σε εύχρηστη ηλεκτρονική μορφή για αποστολή τους σε τρίτους (δικαίωμα φορητότητας).

You have certain rights regarding your personal information, subject to local law. These include the rights to request access, rectification, erasure, restriction, objection and receipt of your personal information in a usable electronic format and to transmit it to a third party (right to portability).

Εάν έχετε απορίες ή ανησυχίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο έχουν χρησιμοποιηθεί οι προσωπικές πληροφορίες σας, επικοινωνήστε στο εξής email: DPOLondon@siriuspt.com. If you have questions or concerns regarding the way in which your personal information has been used, please contact: DPOLondon@siriuspt.com.

Δεσμευόμαστε να συνεργαζόμαστε μαζί σας για την εξασφάλιση μιας δίκαιης επίλυσης σε οποιαδήποτε καταγγελία ή ανησυχία σχετικά με το απόρρητο. Ωστόσο, εάν θεωρείτε ότι δεν καταφέραμε να σας βοηθήσουμε με την καταγγελία ή την ανησυχία σας, έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε καταγγελία στο Γραφείο Επιτρόπου Πληροφοριών του Ηνωμένου Βασιλείου.

We are committed to working with you to obtain a fair resolution of any complaint or concern about privacy. If, however, you believe that we have not been able to assist with your complaint or concern, you have the right to make a complaint to the UK Information Commissioner's Office.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο επεξεργασίας των προσωπικών πληροφοριών σας εκ μέρους μας, ανατρέξτε στην πλήρη δήλωση απορρήτου μας στη διεύθυνση: <https://www.siriuspt.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf>

For more information about how we process your personal information, please see our full privacy notice at: <https://www.siriuspt.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf>

