



**ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΤΡΑΠΕΖΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Το παρόν ενημερωτικό κείμενο παρέχει πληροφόρηση σχετικά με τις πρακτικές που ακολουθούνται για τη διαχείριση και προστασία των προσωπικών δεδομένων από το Αλληλοβοηθητικό Ταμείο Περιθάλψεως Συλλόγου Υπαλλήλων Τραπεζής Ελλάδος (καλούμενο εφ' εξής «Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.»).

1. Το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε., ενεργώντας υπό την ιδιότητά του ως υπευθύνου επεξεργασίας και σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 και τις διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ενημερώνει τον Ασφαλισμένο με την ιδιότητά του ως υποκειμένου δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (καλούμενο εφ' εξής «Ασφαλισμένος») ότι τα προσωπικά του δεδομένα θα συλλέγονται και θα υπόκεινται σε επεξεργασία από το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε., μέσω των προστηθέντων αυτού, υπό τους ακόλουθους όρους.
2. Τα στοιχεία επικοινωνίας (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail κ.λπ.), τα στοιχεία ταυτότητας (ημερομηνία γέννησης, αριθμός δελτίου ταυτότητας, Α.Μ.Κ.Α., Α.Φ.Μ. κ.λπ.), καθώς και τα ειδικών κατηγοριών προσωπικά δεδομένα (πληροφορίες υγείας) τα οποία περιλαμβάνονται στο φάκελο του Ασφαλισμένου που σχηματίζεται για το σκοπό της παροχής υπηρεσιών υγείας (σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή) υπόκεινται σε αυτοματοποιημένη από τα πληροφοριακά συστήματα του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. και σε μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία από το ειδικά εξουσιοδοτημένο προσωπικό του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε., εφόσον αυτό επιβάλλεται από το σκοπό της παροχής υπηρεσιών υγείας προς τους Ασφαλισμένους.
3. Στο πλαίσιο του σκοπού παροχής υπηρεσιών υγείας από το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε., τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που περιέχονται στον ιατρικό φάκελο του Ασφαλισμένου διαβιβάζονται, όταν απαιτείται, σε φυσικά πρόσωπα (θεράποντες και παραπέμποντες ιατρούς) ή άλλους συνεργαζόμενους με το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. επαγγελματίες στον τομέα της υγείας (Δημόσια ή Ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα, Ελεγκτικές Εταιρείες, ειδικά εξουσιοδοτημένα εργαστήρια κ.λπ.).
4. Στο πλαίσιο της συνεργασίας με την Τράπεζα της Ελλάδος, τα απαραίτητα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διαβιβάζονται στις αρμόδιες υπηρεσιακές μονάδες της Τράπεζας.
5. Το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. συλλέγει και επεξεργάζεται μέσω των προστηθέντων ελεγκτικών του οργάνων τον ιατρικό φάκελο του Ασφαλισμένου, ήτοι προσωπικά δεδομένα και ειδικών κατηγοριών προσωπικά δεδομένα, και από τρίτα θεραπευτήρια, στα οποία ο Ασφαλισμένος λαμβάνει υπηρεσίες υγείας. Σκοπός της επεξεργασίας είναι η διακρίβωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η σύστοιχη κάλυψη των εξόδων υγείας του Ασφαλισμένου στο πλαίσιο της ασφαλιστικής σχέσης.
6. Η περίοδος τήρησης των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. προσδιορίζεται, αναλόγως του είδους τους, στο Πλάνο Χρόνων Τήρησης Αρχαιακού Υλικού του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε., εκτός αν άλλως επιβάλλεται από την κείμενη νομοθεσία. Μετά το πέρας της περιόδου τήρησης, τα δεδομένα αυτά διαγράφονται από τα έγχαρτα αρχεία και τα πληροφοριακά συστήματα του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε..
7. Με την επιφύλαξη της ισχύουσας νομοθεσίας, ο Ασφαλισμένος έχει τα δικαιώματα της πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού, φορητότητας, εναντίωσης στην επεξεργασία των προσωπικών του δεδομένων και στην αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων.
8. Ο Ασφαλισμένος έχει το δικαίωμα προσφυγής στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, εφόσον κρίνει ότι υφίσταται προσβολή των δικαιωμάτων του.
9. Ο Ασφαλισμένος δύναται να επικοινωνεί με το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. για ζητήματα προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα είτε με αποστολή επιστολής στην ταχυδρομική διεύθυνση: Ομήρου 5, ΤΚ 105 64, Αθήνα (Υπόψη Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων), είτε με αποστολή μηνύματος στην ηλεκτρονική διεύθυνση: dpo@atpsyte.gr.

ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα πλήρως σχετικά με τους όρους και προϋποθέσεις επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα εμού καθώς και των ανήλικων των οποίων έχω την γονική μέριμνα/επιμέλεια. Δηλώνω ότι ενημερώθηκα για τη συλλογή και επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων και ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ότι μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου που απορρέουν εκ του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679, ήτοι τα δικαιώματα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού, φορητότητας, εναντίωσης στην επεξεργασία και στην αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων και προσφυγής στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Μου γνωστοποιήθηκε ότι σε περίπτωση που επιθυμώ να ασκήσω κάποιο εκ των ως άνω δικαιωμάτων μου θα πρέπει να απευθυνθώ είτε με αποστολή επιστολής στην ταχυδρομική διεύθυνση: Ομήρου 5, ΤΚ 105 64, Αθήνα (Υπόψη Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων), είτε με αποστολή μηνύματος στην ηλεκτρονική διεύθυνση: dpo@atpsyte.gr

Παρέχω διά της παρούσας προς το νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ» (Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.), που εδρεύει στην Αθήνα επί της οδού Ομήρου αριθμός 5 (Α.Φ.Μ. 090020695, ΔΟΥ Δ' Αθηνών), την ρητή συγκατάθεσή μου για τη συλλογή και επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων και ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα καθώς επίσης και για την άντληση και διαβίβαση των ως άνω δεδομένων από και προς κάθε τρίτο παρέχοντα υπηρεσίες υγείας (ασφαλιστικά ταμεία, νοσηλευτικά ιδρύματα, διαγνωστικά κέντρα). Αναγνωρίζω ότι η συλλογή και επεξεργασία των ως άνω δεδομένων είναι απαραίτητη για την εκπλήρωση του σκοπού του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε., του οποίου είμαι ασφαλισμένο μέλος, και την εν γένει εκπλήρωση των παροχών, όπως αυτές περιγράφονται στο άρθρο 2 του Καταστατικού του.

Επιθυμώ να ενημερώνομαι από το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. για θέματα που με αφορούν με SMS.

ΟΧΙ ΝΑΙ στο κινητό τηλ:

Επιθυμώ να ενημερώνομαι από το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. για θέματα που με αφορούν με email.

ΟΧΙ ΝΑΙ στη διεύθυνση:

Επιθυμώ την αποστολή των αποτελεσμάτων των εξετάσεών μου με email.

ΟΧΙ ΝΑΙ στη διεύθυνση:

Εξουσιοδοτώ τους:

Όνομα: Επώνυμο:

Όνομα: Επώνυμο:

Όνομα: Επώνυμο:

όπως παραλαμβάνουν τα αποτελέσματα των εξετάσεών μου από το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.

ΑΜ:..... Ονοματεπώνυμο:.....

Ημερομηνία:..... Υπογραφή:.....