

Ασφάλιση Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης Ιατρών

☐ Πρόταση έκδοσης ασφαλιστηρίου συμβολαίου
☒ Πρόταση τροποποίησης ισχύοντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου
 Αριθμός Συμβολαίου:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

1014152

Αυτή η πρόταση θα αποτελέσει αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Η συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων είναι υποχρεωτική. Αν χρησιμοποιείται σαν Πρόταση Τροποποίησης θα συμπληρώνεται μόνο ό,τι διαφοροποιείται από την αρχική πρόταση.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Νομικό πρόσωπο: Νομική επωνυμία Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _ Δ.Ο.Υ.
 Είδος επιχείρησης
 Στοιχεία επικοινωνίας εκπροσώπου

Φυσικό πρόσωπο: Επώνυμο Όνομα Φύλο ☐ Α ☐ Γ
 Πατρώνυμο Ημ/νία γέννησης Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _ Δ.Ο.Υ.
 Ταυτότητα: ☐ Αστυνομική ☐ Στρατιωτική ☐ Άδεια παραμονής ☐ Άλλο Α.Δ.Τ. _ _ _ _ _
 Διαβατήριο _ _ _ _ _ Εθνικότητα Επάγγελμα

Διεύθυνση αλληλογραφίας: Οδός & αριθμός Τ.Κ. _ _ _ _ _ Πόλη/Περιοχή
 Τ.Θ. _ _ _ _ _ Τηλέφωνο _ _ _ _ _ Κινητό _ _ _ _ _ Fax _ _ _ _ _
 E-mail

☐ Επιθυμώ να λάβω στο παρόν e-mail τους όρους ασφάλισης, Γενικούς & Ειδικούς, καθώς και το σύνολο των ασφαλιστικών εγγράφων που αφορούν την ασφαλιστική σύμβαση

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Συμπληρώνεται μόνο αν ο Συμβαλλόμενος και ο Ασφαλιζόμενος δεν είναι το ίδιο πρόσωπο

Νομικό πρόσωπο: Νομική επωνυμία Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _ Δ.Ο.Υ.
 Είδος επιχείρησης
 Στοιχεία επικοινωνίας εκπροσώπου

Φυσικό πρόσωπο: Επώνυμο Όνομα Φύλο ☐ Α ☐ Γ
 Πατρώνυμο Ημ/νία γέννησης Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _ Δ.Ο.Υ.
 Ταυτότητα: ☐ Αστυνομική ☐ Στρατιωτική ☐ Άδεια παραμονής ☐ Άλλο Α.Δ.Τ. _ _ _ _ _
 Διαβατήριο _ _ _ _ _ Εθνικότητα Επάγγελμα

Διεύθυνση αλληλογραφίας: Οδός & αριθμός Τ.Κ. _ _ _ _ _ Πόλη/Περιοχή
 Τ.Θ. _ _ _ _ _ Τηλέφωνο _ _ _ _ _ Κινητό _ _ _ _ _ Fax _ _ _ _ _
 E-mail

ΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΟΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Επιλέξτε το ασφαλιζόμενο κεφάλαιο που επιθυμείτε ανά ζημιόγono γεγονός, αθροιστικά και για το σύνολο Ευθύνης της Εταιρίας από:

☐ €100.000,00 ☐ €200.000,00 ☐ €300.000,00 ☐ €400.000,00 ☐ €500.000,00
☐ €600.000,00 ☐ €700.000,00 ☐ €800.000,00 ☐ €900.000,00 ☐ €1.000.000,00 ☐ €1.500.000,00

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Από μεσημβρία της:

Η ασφάλιση είναι ετήσιας διάρκειας

ΑΠΑΛΛΑΓΕΣ

Επιλέξτε την απαλλαγή που επιθυμείτε:

☐ Καμμία ☐ € 50.000,00 ☐ € 100.000,00 ☐ € 150.000,00
☐ € 200.000,00 ☐ € 250.000,00 ☐ € 300.000,00 ☐ € 400.000,00

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΡΓΟΠΟΡΗΜΕΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΑΞΙΩΣΗΣ ΠΡΟΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ

Επιθυμείτε η περίοδος αργοπορημένης δήλωσης αξίωσης προς αποζημίωση να επεκταθεί σε:

24 μήνες αντί των 12 μηνών από την λήξη του ασφαλιστηρίου; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

60 μήνες αντί των 12 μηνών από την λήξη του ασφαλιστηρίου; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ποιάς Ιατρικής Πανεπιστημιακής Σχολής είστε πτυχιούχος;

Έτος αποφοίτησης: Πόσα χρόνια ασκείτε το επάγγελμα; Έτη άσκησης ειδικότητας:

Εκτιμώμενος αριθμός ασθενών σας ετησίως: Ειδικότητα:

1. Πραγματοποιείτε επεμβάσεις; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, τι είδους επεμβάσεις κάνετε;

2. Εργάζεστε σε κρατικό νοσοκομείο (ΕΣΥ ή στρατιωτικό); ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, σε ποιο και σε τι θέση;

3. Εργάζεστε σε ιδιωτική κλινική; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, σε ποια και σε τι θέση;

4. Εργάζεστε στο ΙΚΑ; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ, από ποιο έτος;

5. Έχετε ιδιωτικό ιατρείο; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, δώστε στοιχεία (διεύθυνση, εμβαδόν χώρου)

6. Λειτουργείτε ακτινολογικό εξοπλισμό ή laser; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, παρακαλούμε αναφέρετε τον τύπο και εάν ο εξοπλισμός χρησιμοποιείτε για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς ή και για τους δύο σκοπούς:

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΖΗΜΙΩΝ

• Είχατε ποτέ την τελευταία 5ετία εμπλακεί με οποιονδήποτε τρόπο στην πρόκληση περιστατικού σχετικά με την επαγγελματική σας ιδιότητα, το οποίο έχει ή μπορεί να θεμελιώσει αξίωση αποζημίωσης εναντίον σας; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, παρακαλούμε αναφέρετε το ιστορικό του συμβάντος:

Καταβλήθηκε ποτέ κάποια αποζημίωση; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, τι ύψους: Ημερομηνία συμβάντος: _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _

Ήσασταν ασφαλισμένος; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, σε ποια Ασφαλιστική Εταιρία;

• Έχετε άλλο ασφαλιστήριο Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης σε άλλη ασφαλιστική εταιρία; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, αναφέρατε σε ποια ασφαλιστική εταιρία, ασφαλιζόμενα ποσά και λήξη:

ΤΡΟΠΟΣ & ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

☐ Πιστωτική κάρτα ☐ INTERAMERICAN MASTERCARD ☐ MASTERCARD (εκτός INTERAMERICAN) ☐ VISA

Στοιχεία κατόχου πιστωτικής κάρτας: Επώνυμο Όνομα Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Αριθμός κάρτας _
Ημ/νία λήξης _ _ _ _ _

☐ Κάθε χρόνο ☐ Κάθε εξάμηνο

Εξουσιοδοτώ την INTERAMERIKAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε. να εξοφλεί τα ασφάλιστρα του συμβολαίου που θα εκδοθεί με βάση αυτήν την πρόταση ασφάλισης, καθώς και όλων των ανανεώσεών του. Η εξόφληση θα γίνεται με χρέωση της πιστωτικής μου κάρτας με βάση τα παραπάνω στοιχεία καθώς και όποιας κάρτας εκδίδεται σε αντικατάστασή της. Η εξουσιοδότηση αυτή ισχύει μέχρι η Εταιρία να παραλάβει έγγραφη δήλωσή μου, με την οποία θα ανακαλώ την παρούσα, τουλάχιστον 15 μέρες πριν από την ημερομηνία οφειλής. Επίσης, η εξουσιοδότηση αυτή, αναιρεί κάθε προηγούμενη εντολή χρέωσης με άλλη πιστωτική κάρτα.

Ημερομηνία Υπογραφή Συμβαλλόμενου Υπογραφή Κατόχου Πιστωτικής Κάρτας

☐ Μηνιαία ☐ Κάθε χρόνο ☐ Κάθε εξάμηνο

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

Εάν η εξόφληση των ασφαλίσεων μου γίνεται με πάγια εντολή (πιστωτική κάρτα ή λογαριασμός) τα χρήματα επιστρέφονται στην πιστωτική ή τον λογαριασμό αυτής της πάγιας εντολής. Σε διαφορετική περίπτωση θα κατατεθούν τα χρήματα από την Εταιρία στο λογαριασμό μου με τα παρακάτω στοιχεία.

Τράπεζα: IBAN: _

1. Η πλήρης επωνυμία της Ασφαλιστικής Εταιρίας που παρέχει την κάλυψη είναι «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.». Αρ. ΓΕ.ΜΗ. 305801000, Α.Φ.Μ. 094045552, Δ.Ο.Υ. ΦΑΕ ΑΘΗΝΩΝ.
2. Η καταστατική έδρα της Εταιρίας βρίσκεται στην Ελλάδα, στο Μαρούσι Αττικής, οδός Αγ. Κωνσταντίνου 57. Τα κεντρικά της γραφεία βρίσκονται στο Δήμο Αθηναίων, επί της Λεωφόρου Συγγρού 124-126.
3. Στην περίπτωση μη υποχρεωτικής εκ του νόμου σύμβασης ασφάλισης και όπου υπάρχει δυνατότητα επιλογής μεταξύ περισσότερων δικαίων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, λόγω στοιχείων αλληλεπιδράσεων και σύγκρουσης δικαίων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατ' εφαρμογή του Άρθρου 7 παρ. 3 του Κανονισμού (ΕΚ) 593/2008, η Εταιρία προτείνει ως εφαρμοστέο Δίκαιο της σύμβασης ασφάλισης, το Ελληνικό.
Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις (όπου, δηλαδή, δεν εμφανίζονται στοιχεία αλληλεπιδράσεων και σύγκρουσης δικαίων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης) εφαρμόζεται το Ελληνικό Δίκαιο.
Αρμόδια Δικαστήρια είναι τα Δικαστήρια των Αθηνών.
4. Η Εταιρία διαθέτει σύστημα διαχείρισης αιτιάσεων, σύμφωνα με την Πράξη 88/05.04.2016 της Εκτελεστικής Επιτροπής της Τράπεζας της Ελλάδος.

«Αίτηση» θεωρείται η γραπτή δήλωση δυσαρέσκειας από πρόσωπο που σχετίζεται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που παρέχονται από την Εταιρία. Οι αιτιάσεις υποβάλλονται ως εξής:

- Με e-mail στο complaintservice@interamerican.gr
- Με fax στο 210-946 1034
- Ταχυδρομικά προς το Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών, Λεωφόρος Συγγρού 124-126, Τ.Κ. 117 82 Αθήνα.

Η Εταιρία, μόλις παραλάβει την αίτηση, αποστέλλει γραπτή επιβεβαίωση παραλαβής. Η Εταιρία απαντά στην αίτηση, το αργότερο εντός πενήντα (50) ημερολογιακών ημερών μέρες από την ημερομηνία υποβολής του.

5. Ο Συμβαλλόμενος ή/και ο Ασφαλισμένος διατηρούν τη δυνατότητα να προσφύγουν στο Συνήγορο του Καταναλωτή, με υπογεγραμμένη αναφορά, η οποία υποβάλλεται μέσα σε ένα (1) έτος από τότε που ο Συμβαλλόμενος ή/και ο Ασφαλισμένος έλαβε γνώση της καταναλωτικής διαφοράς. Ωστόσο, ο Συμβαλλόμενος ή/και ο Ασφαλισμένος διατηρούν πάντα τη δυνατότητα απευθείας προσφυγής στην Ελληνική Δικαιοσύνη σύμφωνα με τα αναφερόμενα στην παραπάνω παράγραφο 3.

ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ & ΛΟΙΠΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ

Προς την
INTERAMERICAN
Ελληνική Εταιρία
Ασφαλίσεων Ζημιών Α.Ε.

Έδρα:
Αγ. Κωνσταντίνου 57
151 24 Μαρούσι

Κεντρικά Γραφεία:
Λ. Συγγρού 124-126
117 82 Αθήνα

Τηλ. Κέντρο: 210 9461111
Fax: 210 9461021

e-mail:
liability@interamerican.gr
www.interamerican.gr

**Με την ιδιότητά μου ως ο Συμβαλλόμενος
Δηλώνω ότι:**

- **Γνωστοποίησα** στον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή τις πληροφορίες, απαιτήσεις και ανάγκες μου, τις οποίες αυτός συμπλήρωσε στο Έντυπο Αναγκών Πελάτη. Με βάση αυτά, ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής μου πρότεινε εγγράφως Ασφαλιστικό Προϊόν.
- **Παρέλαβα** το Έγγραφο Πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν που αιτούμαι.
- **Έχοντας λάβει την κατάλληλη ενημέρωση πριν από τη σύναψη της σύμβασης ασφάλισης**, προχώρησα στην υποβολή αίτησης ασφάλισης.
- Οι απαντήσεις μου είναι **πλήρεις και ακριβείς** και δεν παρέλειψα περιστατικό ή στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει την εκτίμηση του κινδύνου από την Εταιρία.

Ενημερώθηκα ότι:

- Η αίτηση ασφάλισης, ενώ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης, δεν αποτελεί συμβόλαιο και δεν παρέχει ασφαλιστική κάλυψη.
- Για να ισχύει η κάλυψή μου, θα πρέπει η Εταιρία να αποδεχτεί την αίτηση αυτή.
- Η κάλυψη δεν αρχίζει πριν καταβληθεί το οφειλόμενο ασφαλιστρο που θα αναφέρεται στην ειδοποίηση πληρωμής.
- Το σύνολο των εγγράφων που αφορούν τη σύμβαση ασφάλισης, μπορεί να αποστέλλεται στο δηλωθέν από εμένα email.

Σχετικά με το Εφαρμοστέο Δίκαιο, αποδέχομαι την πρόταση της Εταιρίας για εφαρμογή του Ελληνικού Δικαίου στη σύμβαση ασφάλισης. Αποκλειστικά αρμόδια θα είναι τα Δικαστήρια της Αθήνας.

από τις εταιρίες
«INTERAMERIKAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.»
και «INTERAMERIKAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ Α.Ε.Γ.Α.»

ως αυτοτελώς Υπεύθυνη για την Επεξεργασία η κάθε μία, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Ε.Ε. 2016/679

1. Γιατί θα επεξεργαστείτε τα Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα (ΔΠΧ)¹ και τα Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα (ΕΚΔΠΧ)² μου;

- Με την αίτηση ασφάλισης που υποβάλλετε, μας δηλώνετε ότι θέλετε να **μεταφέρετε τον κίνδυνο** που έχετε επιλέξει (π.χ. ζωής, υγείας, ανικανότητας, αστικής ευθύνης κάθε είδους, πυρός, βοήθειας κ.λπ.) σε εμάς με την ιδιότητά μας ως Ασφαλιστών (Ασφαλιστική Εταιρία). Εμείς, βάσει των πληροφοριών/δεδομένων που μας δηλώνετε στην αίτηση ασφάλισης, θα πρέπει να σας εντάξουμε σε μια **ομοιογενή κατηγορία κινδύνων** και να υπολογίσουμε, βάσει των δηλώσεών σας, το **κατάλληλο και αναλογικό για εσάς ασφάλιστρο**, υπολογίζοντας και εκτιμώντας, μεταξύ άλλων, τη **συχνότητα και την ένταση των ζημιών** που ενδέχεται να προκύψουν.
- Για να γίνει αυτό, είναι **αναγκαίο να μας δηλώσετε** τα συγκεκριμένα ΔΠΧ ή/και τα ΕΚΔΠΧ που αναφέρονται στα σχετικά πεδία της αίτησης ασφάλισης. Τα στοιχεία αυτά είναι **αντικειμενικά ουσιώδη** για την αξιολόγηση του ασφαλιστικού κινδύνου και για την εκπλήρωση του σκοπού και τη λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης. Η **σωστή και ολοκληρωμένη πληροφόρηση** για τα στοιχεία που σας ρωτάμε και στα οποία βασίζομαστε απόλυτα συνιστά υποχρέωσή σας από τον ασφαλιστικό νόμο (Ν. 2496/1997) και έτσι θα μπορέσουμε να σας **εντάξουμε στην κατάλληλη ομάδα κινδύνου** και θα υπολογίσουμε σωστά το ασφάλιστρο που υποχρεούστε να πληρώνετε για την κάλυψή σας.
- Είναι πιθανό **ανακριβής ή ελλιπής πληροφόρηση** για τα στοιχεία που σας έχουμε ζητήσει να θεμελιώσει δικαίωμά μας να ζητήσουμε ακόμα και την **ακύρωση ή καταγγελία** του ασφαλιστηρίου σας, οποιαδήποτε χρονική στιγμή.
- Για όσο χρόνο θα παραμένει σε ισχύ η σύμβαση ασφάλισης, **θα επεξεργαζόμαστε** τα δεδομένα σας που είναι απαραίτητα για τη λειτουργία της, με βάση τη **ρητή συγκατάθεση** που θα μας χορηγήσετε στο παρόν στάδιο μέσω της αίτησης ασφάλισης ή σε τυχόν άλλο μεταγενέστερο στάδιο.

2. Σε τι είδους επεξεργασία των δεδομένων μου θα προβείτε;

- Αφού μας υποβάλλετε την αίτηση ασφάλισης, συμπληρωμένη σε όλα τα πεδία, θα προβούμε, για τους λόγους που προαναφέραμε, σε κάθε πράξη ή σειρά πράξεων επεξεργασίας των δεδομένων σας και με τη βοήθεια αυτοματοποιημένων μέσων όπως π.χ. συλλογή, καταχώρηση, οργάνωση, διόρθωση, αποθήκευση, προσαρμογή, μεταβολή, ανάκτηση, αναζήτηση πληροφοριών.
- Κάνουμε χρήση αυτοματοποιημένων μέσων για τη λήψη απόφασης στο στάδιο της ανάληψης του κινδύνου, στις ασφαλίσεις υγείας και στις ασφαλίσεις ΙΧ οχήματος. Μέσω αυτών των αυτοματοποιημένων μέσων, στα οποία έχουν ενσωματωθεί σε μεγάλο βαθμό οι κανόνες ανάληψης κινδύνων που εφαρμόζουμε, μας επιτρέπεται να λαμβάνουμε αποφάσεις πιο σύντομα, με μεγαλύτερη ακρίβεια, διαφάνεια και συνέπεια.
- Ωστόσο, στις περιπτώσεις αυτές, πραγματοποιούνται τακτικοί σχετικοί έλεγχοι από αρμόδιους υπαλλήλους μας. Έτσι, σε περίπτωση άρνησης ασφάλισης (στις ασφαλίσεις υγείας και στις ασφαλίσεις ΙΧ οχήματος) αυτή ελέγχεται πάντα από αρμόδιο υπάλληλό μας.
- Στα πλαίσια προστασίας των εννόμων συμφερόντων μας, πραγματοποιούμε συχνά ελέγχους, μέσω πιστοποιημένων αυτοματοποιημένων μέσων, για λόγους αποτροπής απάτης σε βάρος μας.

3. Για πόσο χρόνο θα κρατάτε τα δεδομένα μου σε αρχείο;

- Θα κρατήσουμε τα δεδομένα σας **για όσο χρόνο θα διατηρείτε συμβατική σχέση μαζί μας** τόσο σε ένχαρτη, όσο και σε ηλεκτρονική μορφή. Σε περίπτωση που, για οποιονδήποτε λόγο, αυτή διακοπεί θα τα κρατήσουμε για όσο χρόνο ακόμα απαιτείται **μέχρι να παρέλθει ο χρόνος παραγραφής τυχόν σχετικών αξιώσεων**. Ωστόσο, αν η αίτηση ασφάλισης ή τροποποίησης ασφαλιστικής σύμβασης που μας υποβάλλετε δεν έχει γίνει δεκτή, θα την κρατήσουμε για χρονικό διάστημα μέχρι ενός (1) έτους από την υποβολή.

4. Ποια δικαιώματα έχω σε σχέση με την επεξεργασία των δεδομένων μου;

- Μπορείτε να ασκήσετε, κατά περίπτωση, τα εξής δικαιώματα: το δικαίωμα

πρόσβασης (για να μάθετε ποια δεδομένα σας επεξεργαζόμαστε, για ποιο λόγο και τους αποδέκτες τους³), **διόρθωσης** (για να διορθωθούν τυχόν ελλείψεις ή ανακριβείς των δεδομένων σας⁴), **διαγραφής (δικαίωμα στη λήθη)** (διαγραφή τους από τα αρχεία μας, εφόσον όμως η επεξεργασία τους δεν είναι πλέον απαραίτητη⁵) **περιορισμού της επεξεργασίας** (σε περίπτωση αμφισβήτησης της ακρίβειας των δεδομένων κ.λπ.⁶) **φορητότητας** (να λάβετε τα δεδομένα σας σε δομημένο και κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο)⁷.

- Τα δικαιώματα αυτά ασκούνται **χωρίς κόστος** για σας, με την αποστολή σχετικής επιστολής ή e-mail στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων, εκτός αν επαναλαμβάνονται συχνά και λόγω όγκου έχουν για εμάς διοικητικό κόστος, οπότε θα επιβαρυνθείτε με το σχετικό κόστος.
- Εφόσον ασκήσετε οποιαδήποτε από τα δικαιώματά σας αυτά, θα λάβουμε κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίηση του αιτήματός σας εντός **τριάντα (30) ημερών** από τη λήψη του σχετικού αιτήματος, αφού σας ενημερώσουμε είτε για την ικανοποίησή του, είτε για τους αντικειμενικούς λόγους που εμποδίζουν την ικανοποίησή του.
- Πέραν αυτών, μπορείτε οποιαδήποτε στιγμή να **εναντιωθείτε** στην επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ σας για τους σκοπούς της σύμβασης ασφάλισης, ανακαλώντας της συγκατάθεσή σας. Ωστόσο, αυτό θα οδηγήσει σε **λήξη της σύμβασης ασφάλισής σας και σε μη κάλυψή σας**, επειδή (σύμφωνα και με όσα προαναφέρθηκαν) καμία σύμβαση ασφάλισης δεν λειτουργεί χωρίς επεξεργασία των ΔΠΧ ή/και των ΕΚΔΠΧ του ασφαλισμένου προσώπου (υποκειμένου των δεδομένων).

5. Πώς διασφαλίζετε την ασφάλεια των δεδομένων μου;

- Η ασφάλεια των δεδομένων σας είναι για μας απόλυτη δέσμευση. Για να το πετύχουμε αυτό, εφαρμόζουμε όλα τα **σύγχρονα και κατάλληλα** για τους σκοπούς της επεξεργασίας **τεχνικά** (ενδεικτικά, κρυπτογράφηση, ανωνυμοποίηση) και **οργανωτικά μέτρα**, την ανταπόκριση των οποίων ελέγχουμε ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

6. Πού θα διαβιβάζετε τα δεδομένα μου;

- Τα δεδομένα σας θα διαβιβαστούν σε τμήματά μας που είναι αρμόδια για την ανάληψη του κινδύνου, για την ορθή και απρόσκοπτη λειτουργία του ασφαλιστηρίου σας, καθώς και για την αποζημίωσή σας. Ενδεικτικά αναφέρουμε το τμήμα ανάληψης κινδύνων (underwriting), το τμήμα εκδόσεων, το τμήμα αποζημιώσεων, το αναλογιστικό τμήμα, τη νομική υπηρεσία κ.λπ.
- Τα δεδομένα σας, ενδέχεται να διαβιβαστούν και να καταστούν προσίτα και από νομικά πρόσωπα ή/και φυσικά πρόσωπα με τα οποία, κατά καιρούς, διατηρούμε συμβάσεις για την ορθή και με βάση τους όρους των ασφαλιστηρίων συμβολαίων αποζημίωσή των ασφαλισμένων μας, καθώς και για την εκτίμηση της ζημιάς. Επίσης τα δεδομένα σας, στα πλαίσια της λειτουργίας της σύμβασης ασφάλισής σας μπορεί να διαβιβαστούν σε διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα, γιατρούς, δημόσιες αρχές, ερευνητές αποζημιώσεων κ.λπ. Ωστόσο, θα πρέπει να γνωρίζετε ότι, στην περίπτωση αυτή, αυτά τα νομικά ή/και φυσικά πρόσωπα θα επεξεργαστούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σας αποκλειστικά για το σκοπό παροχής υπηρεσιών προς εμάς και όχι προς ίδιο όφελος, ενεργώντας ως εκτελούντες την επεξεργασία.
- Τα δεδομένα σας, ενδέχεται να διαβιβαστούν, να καταστούν προσίτα και να τύχουν επεξεργασίας από τη μητρική μας εταιρεία «Achmea B.V.», που εδρεύει στην Ολλανδία, καθώς και από άλλες εταιρείες του ιδίου Ομίλου Achmea, εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Σε κάθε διαβίβαση λαμβάνουμε πάντα κάθε μέτρο ώστε τα δεδομένα που θα διαβιβάζονται θα είναι πάντα τα ελάχιστα αναγκαία και ότι θα συντρέχουν πάντα οι προϋποθέσεις για νόμιμη και θεμιτή επεξεργασία.

7. Θα κάνετε επεξεργασία των δεδομένων μου και για εμπορικούς σκοπούς;

- Για το χρόνο διάρκειας της επεξεργασίας που σας αναφέρουμε παραπάνω, θα επεξεργαστούμε μόνο τα ΔΠΧ σας (όχι όμως αυτά των ΕΚΔΠΧ) και για σκοπούς προώθησης άλλων ή συμπληρωματικών με τις ανάγκες σας

1. Κάθε πληροφορία που αφορά ταυτοποιημένο ή ταυτοποιήσιμο φυσικό πρόσωπο («υποκείμενο των δεδομένων») όπως αναγνωριστικό στοιχείο ταυτότητας [όνομα, αριθμός ταυτότητας, σωματική, φυσιολογική, ψυχολογική, οικονομική, πολιτιστική ή κοινωνική ταυτότητα του φυσικού προσώπου (Άρθρο 4 Κανονισμού ΕΕ 2016/679)].
2. Πρόκειται για δεδομένα που αφορούν ενδεικτικά την υγεία, καθώς και την φυλετική ή εθνοτική καταγωγή κ.λπ. (Άρθρο 9 Κανονισμού ΕΕ 2016/679).
3. Άρθρο 15 Κανονισμού ΕΕ 2016/679
4. Άρθρο 16 Κανονισμού ΕΕ 2016/679
5. Άρθρο 17 Κανονισμού ΕΕ 2016/679
6. Άρθρο 18 Κανονισμού ΕΕ 2016/679
7. Άρθρο 20 Κανονισμού ΕΕ 2016/679

ασφαλιστικών προϊόντων ή υπηρεσιών είτε της εταιρίας μας, είτε άλλων εταιριών του Ομίλου INTERAMERICAN. Οι σχετικές ενέργειες ενδέχεται να πραγματοποιηθούν και μέσω συνεργαζόμενων παρόχων (π.χ. mailchimp).

- Μπορείτε να **εναντιωθείτε ανά πάσα στιγμή** σε αυτή την επεξεργασία των δεδομένων σας (για εμπορικούς σκοπούς) μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων Στην περίπτωση αυτή, τα δεδομένα σας δεν θα υποβάλλονται πλέον σε επεξεργασία για εμπορικούς σκοπούς.

8. Πώς μπορώ να υποβάλλω καταγγελία/διαμαρτυρία;

Για οποιοδήποτε θέμα αφορά την επεξεργασία των δεδομένων σας μπορείτε να απευθύνεστε στο γραφείο Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων (ΥΠΔ) του Ομίλου INTERAMERICAN: τηλ. 210 9461111, email: dpo@interamerican.gr. Επίσης, διατηρείτε πάντα το δικαίωμα να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, η οποία μπορεί να δεχθεί και την υποβολή σχετικών παραπόνων είτε σε γραπτή μορφή στο πρωτόκολλό της (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα) είτε ηλεκτρονικά (www.dpa.gr).

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ) ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΕΚΔΠΧ)

Με την ιδιότητά μου ως Συμβαλλόμενος, δηλώνω ότι:

- Διάβασα το τμήμα αίτησης ασφάλισης *Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων* που προηγήθηκε.
- Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ, που πραγματοποιούν οι εταιρίες με τις επωνυμίες «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.» και «INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ Α.Ε.Γ.Α.».
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης).
- Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στις παραπάνω εταιρίες για τα εξής:
 - Για την επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ που περιλαμβάνονται σε αυτή την αίτηση ασφάλισης, καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση των εταιριών αυτών στο μέλλον και έχουν σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης που αιτούμαι, καθώς και με τη λειτουργία της.
 - Για την τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω δεδομένα σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή.
- Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ είναι απολύτως αναγκαία για την λειτουργία της σύμβασης ασφάλισης που αιτούμαι και ότι τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον, θα δίνει στις παραπάνω εταιρίες το δικαίωμα να καταγγείλουν τη σύμβαση ασφάλισης, με άμεση ισχύ.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ) για Εμπορικούς / Προωθητικούς / Ερευνητικούς Σκοπούς

Με την ιδιότητά μου ως Συμβαλλόμενος, δηλώνω ότι:

- Διάβασα το τμήμα αίτησης ασφάλισης *Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων* που προηγήθηκε.
- Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ, που μπορούν να πραγματοποιήσουν οι εταιρίες με τις επωνυμίες «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.», «INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ Α.Ε.Γ.Α.» και «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.» για εμπορικούς, προωθητικούς και ερευνητικούς σκοπούς.
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης).

☐ Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

☐ ΔΕΝ Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

σύμφωνα με το Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679, στις παραπάνω εταιρίες, για την επεξεργασία των ΔΠΧ που περιλαμβάνονται στην αίτηση αυτή για εμπορικούς, προωθητικούς και ερευνητικούς σκοπούς, καθώς και για την τήρηση σχετικού αρχείου.

Ως Συμβαλλόμενος στην Αίτηση Ασφάλισης

Διάβασα με προσοχή τόσο τη δήλωση Προσυμβατικής Ενημέρωσης, όσο και τις δηλώσεις που αφορούν την Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Δεδομένων μου και τις αποδέχομαι

Τόπος

Ημερομηνία

Ονοματεπώνυμο Συμβαλλόμενου

Υπογραφή Συμβαλλόμενου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΠΡΑΚΤΟΡΑ Ή ΜΕΣΙΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

που πραγματοποίησε τη διανομή του παρόντος ασφαλιστικού προϊόντος ως Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής

Ονοματεπώνυμο ή Επωνυμία

Κωδικός..... Α.Φ.Μ. Αριθμός ειδικού μητρώου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ που επιβλέπει τον προαναφερόμενο Ασφαλιστικό Πράκτορα

Ονοματεπώνυμο ή Επωνυμία

Κωδικός..... Α.Φ.Μ. Αριθμός ειδικού μητρώου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΠΡΑΚΤΟΡΑ Ή ΜΕΣΙΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

που διατηρεί σύμβαση συνεργασίας με την INTERAMERICAN, εφόσον ο αναγραφόμενος στο α' πεδίο δεν διατηρεί άμεση συνεργασία με την INTERAMERICAN

Ονοματεπώνυμο ή Επωνυμία

Κωδικός..... Α.Φ.Μ. Αριθμός ειδικού μητρώου

Οι παραπάνω πληροφορίες για τα πρόσωπα που μετέχουν στη συγκεκριμένη πώληση, παρέχονται για λόγους διαφάνειας.
Βεβαιώνω ότι η παρούσα αίτηση συμπληρώθηκε και υπογράφηκε από τον αιτούντα παρουσία μου

Υπογραφή Ασφαλιστικού Πράκτορα ή Μεσίτη που συμπλήρωσε την παρούσα Αίτηση ασφάλισης