

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης

Όνοματεπώνυμο			Πατρώνυμο
Α.Δ.Τ.	Διαβατήριο	Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
Ημερ/νία Γέννησης	Υπηκοότητα	Σταθερό Τηλέφωνο	Κινητό Τηλέφωνο
Κύριο Επάγγελμα	E-mail	Σχέση με τον κυρίως Ασφαλιζόμενο	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας			Τ.Κ. Πόλη

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζόμενου

Όνοματεπώνυμο			Πατρώνυμο
Α.Δ.Τ.	Διαβατήριο	Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
Ημερομηνία Γέννησης	Υπηκοότητα	Σταθερό Τηλέφωνο	Κινητό Τηλέφωνο
Κύριο Επάγγελμα			E-mail
Διεύθυνση Αλληλογραφίας			Τ.Κ. Πόλη

Στοιχεία Εξαρτώμενων Μελών

	1° μέλος	2° μέλος	3° μέλος	4° μέλος	5° μέλος
Επώνυμο					
Όνομα					
Πατρώνυμο					
Ημερομηνία Γέννησης					

Διάρκεια Ασφάλισης & Τρόπος Πληρωμής

Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης	Πληρωμή	Εφάπαξ <input type="checkbox"/>	Άτοκες δόσεις με χρήση πιστωτικής <input type="checkbox"/>
--------------------	------------------	---------	---------------------------------	--

Δηλώσεις - Εξουσιοδοτήσεις - Συγκαταθέσεις

Ο υπογράφων, με την ιδιότητα του κυρίως ασφαλισμένου ή ως ασκών τη γονική μέριμνα του ανήλικου τέκνου μου ως εξαρτώμενου και ασφαλισμένου μέλους, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε εμένα περιστατικών δήλωση που είναι ουσιαστική για τη σύναψη αυτής της ασφάλισης, δηλώνω ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα αίτηση και αφορούν εμένα, καθώς και την υγεία των υποψηφίων για ασφάλιση είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιεσδήποτε παραλείψεις και μεταβολές. Αποδέχομαι δε ότι θα αποτελέσουν τη βάση για το υπό έκδοση Ασφαλιστήριο και την αντιμετώπιση της ασφαλιστικής περίπτωσης. Έχω λάβει επίσης γνώση του δικαιώματός της Εταιρείας να αρνηθεί την αίτηση για ασφάλιση ή να την κάνει αποδεκτή με όρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται, χωρίς την υποχρέωση να δικαιολογήσει την απόφασή της.

1. Γνωρίζω ότι στην ασφάλιση αυτή ισχύουν οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι που μου παραδόθηκαν αλλά και των οποίων έχω λάβει γνώση διαβάζοντάς τους στην ιστοσελίδα της Εταιρείας σας. Στους Όρους αυτούς περιλαμβάνονται και Εξαιρέσεις τις ρησίες και αποδεχομαι. Με την παρούσα υποβάλλω αίτηση ασφάλισης που θα περιλαμβάνει όλους τους ανωτέρω Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης. **2.** Παρέλαβα το ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 150 του Ν.4364/2016 όπως αυτό ισχύει και τις σχετικές δηλώσεις εναντίωσης και υπαναχώρησης.

3. Συγκατάθεση σχετικά με ασφάλιση μέσω SMS, E-mail: Συναίνω στην ενημέρωσή και λήψη εγγράφων που αφορούν στην ασφάλιση (π.χ. Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, Ανανέωση, Ειδοποίηση Πληρωμής κ.λπ.) μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης (e-mail) ή/και μέσω γραπτού μηνύματος sms στο κινητό τηλέφωνο.

4. Συγκατάθεση σχετικά με διαφημιστικούς, εμπορικούς σκοπούς: Συναίνω να λαμβάνω ενημερώσεις για διαφημιστικούς, εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς και σκοπούς προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών με αυτοματοποιημένα μέσα π.χ. μέσω e-mail, SMS, μέσων κοινωνικής δικτύωσης ή τηλεφωνικά.

Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης		Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης	
Συμμετέχω <input type="checkbox"/>	Δεν συμμετέχω <input type="checkbox"/>	(check & υπογραφή)	
		Συμμετέχω <input type="checkbox"/>	Δεν συμμετέχω <input type="checkbox"/>
		(check & υπογραφή)	

5. Ενημέρωση σχετικά με την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων: Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα επιβεβαιώνει/ω ότι έχω ενημερωθεί από το «Έντυπο Ενημέρωσης για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα» σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν εμένα/τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη. Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην επεξεργασία δεδομένων με σκοπούς **α)** τη λήψη ενημερώσεων σχετικά με την ασφάλιση μέσω SMS, e-mail και **β)** τη λήψη ενημερώσεων για διαφημιστικούς, εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς και σκοπούς προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών, στην εταιρεία INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α. με αριθμό Γ.Ε.ΜΗ. 057606004000, που εδρεύει στο 14ο χλμ. Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Πολυγύρου, Τ.Κ. 57001, Θέρμη, Θεσσαλονίκη, τηλέφωνο 2310499000, e-mail info@interlife.gr, ενώ παράλληλα έχω ενημερωθεί ότι τα δεδομένα που αφορούν εμένα και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη, όπως ενδεικτικά οι πληροφορίες σχετικά με το όνομά μου και τα στοιχεία επικοινωνίας μου, συλλέγονται για τον σκοπό της σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης και είναι απαραίτητα για την εκτέλεσή της ή για να ληφθούν μέτρα πριν από τη σύναψη. Τα δεδομένα θα κοινοποιηθούν μόνο σε συνεργάτες που δεσμεύονται από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων. Η εταιρεία INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α. δεν διαβιβάζει εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα Προσωπικά Δεδομένα των ασφαλισμένων και των εξαρτώμενων ασφαλισμένων μελών. Στις περιπτώσεις που τέτοια διαβίβαση είναι απαραίτητη (για παράδειγμα, αν η χώρα καταγωγής είναι εκτός της Ε.Ε.), η διαβίβαση γίνεται τηρώντας τις προϋποθέσεις ασφάλειας και εγγύησης των δικαιωμάτων που θέτει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων. Τα δεδομένα που αφορούν εμένα και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη θα διατηρούνται όσο χρόνο διαρκεί η Ασφαλιστική Σύμβαση και οπωσδήποτε μέχρι την παραγραφή των αξιώσεων που προκύπτουν από αυτήν τη σύμβαση, ή σε περίπτωση δικαστικής διεκδίκησης, μέχρι την ολοκλήρωση της διαδικασίας στο Δικαστήριο. Τα δεδομένα που συλλέγονται για τη λήψη εγγράφων που αφορούν στην ασφάλιση, μέσω SMS και ενημερώσεων για διαφημιστικούς σκοπούς διατηρούνται για όσο χρόνο διαρκεί η ασφάλιση και για δύο (2) έτη μετά τη λήξη της. Σε περίπτωση που το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο δεν συναφθεί, για οποιοδήποτε λόγο, τα δεδομένα τηρούνται για πέντε (5) έτη. Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω ελεύθερα ανά πάσα στιγμή την παρούσα συγκατάθεσή μου σχετικά με τις επεξεργασίες **α)** και **β)** και ότι τυχόν ανάκληση δεν θίγει τη νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεσή μου πριν την ανάκλησή της. Γνωρίζω ότι άρνηση ή ανάκληση της σχετικής συναίνεσης δίνει το δικαίωμα στην Εταιρεία να καταγγείλει τη σύμβαση. Έχω ενημερωθεί και για τα δικαιώματά μου, ενώ και τα εξαρτώμενα ασφαλισμένα μέλη έχω με και διατηρούμε, ως υποκείμενα των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας, εναντίωσης στην επεξεργασία αυτών, το δικαίωμα εξασφάλισης ανθρώπινης παρέμβασης σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες) και την άσκησή τους με την αποστολή e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση dra@interlife.gr ή τηλεφωνικά στο 2310499000. Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερόμενων δικαιωμάτων, η εταιρεία INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α. θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή του εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή του ή τους λόγους που εμποδίζουν την άσκηση. Σε κάθε περίπτωση, δικαιούμαι να απευθυνθώ στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, είτε σε γραπτή μορφή (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 11523), είτε ηλεκτρονικά (www.dpa.gr).

Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης					
(υπογραφή)					
Συμβαλλόμενος	Κυρίως Ασφαλιζόμενος	Συνεργάτης		Άμεσος Διανομέας	
		Επωνυμία	Α.Φ.Μ.	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.
			Α.Ε.Μ.		Α.Ε.Μ.
(υπογραφή)	(υπογραφή)	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)		(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	

Τόπος

Ημερομηνία