

Αίτηση Συμμετοχής στο Πρόγραμμα Εθελοντικής Ομαδικής Ασφάλισης των Μελών του ΠΑ.ΣΥ.Σ.Π.Α. - ΥΠ.ΟΙΚ.Λ.Δ.Τ.

Αρ. Αίτησης (Συμπληρώνεται από τον Σύλλογο): _____ Αρ. Συμβολαίου: 5846

A. Στοιχεία Ασφαλισμένου

Επώνυμο: _____	Όνομα: _____
Πατρώνυμο: _____	Ημ. Γέννησης: _____
Α.Δ.Τ.: _____	Α.Φ.Μ.: _____
ΑΜΚΑ: _____	Δ/ση Κατοικίας: _____
Πόλη: _____ ΤΚ: _____	E-mail: _____
Κινητό: _____	Τηλ. Οικίας: _____

B. Ενημέρωση για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων

Υπεύθυνος Επεξεργασίας: Allianz Ευρωπαϊκή Πίστη Μ.Α.Α.Ε., Λεωφ. Κηφισίας 274, 152 32 Χαλάνδρι, τηλ. 2108119670

Στοιχεία Επικοινωνίας Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων: τηλ. 2108119670, email: customercontact@allianz.gr

Σκοπός και νομιμότητα της επεξεργασίας:

- Οποιαδήποτε επεξεργασία προσωπικών δεδομένων διεξάγεται αποκλειστικά για την εκτέλεση και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, την εν γένει εξυπηρέτηση, παρακολούθηση και υποστήριξη της συμβατικής σχέσης που δημιουργείται με την υπογραφή της παρούσας, συμπεριλαμβανομένης της αυτοματοποιημένης λήψης απόφασης και κατάρτισης προφίλ, για σκοπούς εκτίμησης κινδύνου.
- Εμπορική επικοινωνία, προωθητικές ενέργειες, έρευνες ικανοποίησης πελατών και επιστημονική επικοινωνία, με την παροχή της συγκατάθεσής σας.
- Συμμόρφωση της Εταιρίας μας με τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τη νομοθεσία.
- Έννομα συμφέροντα της Εταιρίας, όπως π.χ. για λόγους πρόληψης και ανίχνευσης απάτης.

Αποδέκτες Δεδομένων:

- Φυσικά ή Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου, τα οποία εκτελούν την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων κατ' εντολή του Υπευθύνου Επεξεργασίας, παρέχοντας τα απαιτούμενα εχέγγυα για τη σύννομη επεξεργασία τους.
- Δημόσιες Αρχές, Υπηρεσίες και Οργανισμοί, στο πλαίσιο εκπλήρωσης των σχετικών νόμιμων υποχρεώσεων του Υπευθύνου Επεξεργασίας.
- Εταιρίες του Ομίλου Allianz, και σε περίπτωση μεταφοράς εκτός Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, βάσει νομίμως εγκεκριμένων Δεσμευτικών Εταιρικών Κανόνων.
- Ο Λήπτης της ασφάλισης στο πλαίσιο εκπλήρωσης των όρων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Χρονικό Διάστημα Διατήρησης: Το απαιτούμενο για την εκτέλεση και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, τη συμπλήρωση του νόμιμου χρόνου παραγραφής σχετικών αξιώσεων και τη συμμόρφωση με νόμιμες υποχρεώσεις της Εταιρίας μας. Σε περίπτωση μη σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, η Εταιρία δύναται να διατηρήσει τα δεδομένα που δηλώσατε κατά το προσυμβατικό στάδιο, για χρονικό διάστημα μέχρι πέντε (5) έτη από την υποβολή τους.

Δικαιώματα Υποκειμένου: Το Υποκείμενο των Δεδομένων έχει δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, φορητότητας δεδομένων, περιορισμού, εναντίωσης στην επεξεργασία, για τα προσωπικά δεδομένα που το αφορούν και μπορεί να τα ασκήσει υποβάλλοντας σχετικό αίτημα στην Εταιρία.

Ανάκληση συγκατάθεσης: Μπορεί να λάβει χώρα οποτεδήποτε ανάκληση της συγκατάθεσης, χωρίς να θίγεται η νομιμότητα των προηγούμενων πράξεων επεξεργασίας.

Ενημέρωση για αυτοματοποιημένη λήψη απόφασης και κατάρτισης προφίλ: Χρησιμοποιούμε την αυτοματοποίηση στις εργασίες μας, στην ανάληψη κινδύνου για τις ασφαλίσεις αυτοκινήτου και τις ασφαλίσεις υγείας, πάντοτε υπό την εποπτεία του υπεύθυνου υπαλλήλου.

Σας ενημερώνουμε ότι σε περίπτωση περιστατικού απώλειας των προσωπικών δεδομένων σας, θα λάβετε ενημέρωση, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία. Διατηρείτε το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην αρμόδια εποπτική αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων και άσκησης δικαστικής προσφυγής.

Ενημερώθηκα και κατανόησα πλήρως ότι μπορώ να μάθω περισσότερα για την προστασία των προσωπικών δεδομένων μου και των σχετικών με αυτά δικαιωμάτων μου στην εταιρική ιστοσελίδα, www.allianz.gr στην ενότητα για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων.

Γ. Δηλώσεις - Συγκатаθέσεις

1. **Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα & Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένων για την Αίτηση και τη Σύμβαση Ασφάλισης**

Αφού παρέλαβα από την Ασφαλιστική Εταιρία και ανέγνωσα το έντυπο «Ενημέρωση Φυσικών Προσώπων για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα», δίνω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων καθώς και των Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, προκειμένου να εκπληρωθεί ο σκοπός και η λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης.
2. **Επιλογή Τρόπου Επικοινωνίας**

Για την αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλισή μου, παρακαλώ όπως χρησιμοποιείτε:

☐ Την ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.

☐ Την ταχυδρομική διεύθυνση που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.
3. **Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα για Διαφημιστικούς Ή Ερευνητικούς Σκοπούς**

Δίνω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων, προκειμένου να λαμβάνω ενημερώσεις για προϊόντα, υπηρεσίες ή/και έρευνες, κατά τη διάρκεια της ασφάλισής μου και έως 36 μήνες μετά τη λήξη της μέσω:

Ηλεκτρονικής διεύθυνσης (e-mail)

☐ Ναι ☐ Όχι

Γραπτού μηνύματος (SMS/Viber)

☐ Ναι ☐ Όχι

Τηλεφωνικής επικοινωνίας

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε τη δυνατότητα να τροποποιείτε ή/και να ανακαλείτε οποτεδήποτε εγγράφως ή μέσω του Τμήματος Εξυπηρέτησης Πελατών (τηλ. 2108119500, email customercontact@allianz.gr), τη συγκατάθεσή σας για την επιλογή του τρόπου επικοινωνίας και λήψης ενημερώσεων για προϊόντα, υπηρεσίες ή/και για έρευνες.
- Δ. Υπεύθυνες Δηλώσεις
- Δηλώνω ότι:

1. Τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή και αποδέχομαι ότι αποτελούν τη βάση για τη συμμετοχή μου στο Πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης που έχει συνάψει ο Λήπτης της Ασφάλισης με την Allianz Ευρωπαϊκή Πίστη Μονοπρόσωπη Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία. Αποδέχομαι δε τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους της αναφερόμενης Ασφαλιστικής Σύμβασης.

2. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω την Εταιρία για οποιαδήποτε αλλαγή των παραπάνω στοιχείων λάβει χώρα πριν και μετά την έκδοση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.
- Ο Ασφαλισμένος / Ο Ασκών τη γονική μέριμνα

Υπογράφεται από τον Ασφαλισμένο ή από τον ασκούντα τη γονική μέριμνα σε περίπτωση ασφάλισης ανήλικου Ασφαλισμένου.

Τόπος / Ημερομηνία
- 2 | 2 ASOA-001-AGI-KRP20250907