

## ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΙΑΤΡΩΝ

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Κωδ:   | Επωνυμία:   | Κωδ:   | Επωνυμία:   |
| Α.Φ.Μ.:  | Αρ. Ειδ. Μητρώου:   | Α.Φ.Μ.:  | Αρ. Ειδ. Μητρώου:   |
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ</b>  |   |  |   |
| Επωνυμία Φυσικού / Νομικού Προσώπου  |   |  |   |
| Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ.  |   | Τηλέφωνο / Φαξ   |   |
| email  |   | Κινητό   |   |
| Διεύθυνση Αλληλογραφίας  |   | T.K.:  | Πόλη:   |
| Ημερομηνία Ασφάλισης   | Έναρξη:   | Λήξη:  |   |
| Τρόπος Πληρωμής  | Ετήσιο <input type="checkbox"/>   | Εξάμηνο <input type="checkbox"/>   |   |
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ</b>   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Ο Ίδιος   |   |  |   |
| Επωνυμία Φυσικού / Νομικού Προσώπου  |   |  |   |
| Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ.  |   | Τηλέφωνο / Φαξ   |   |
| email  |   | Κινητό   |   |
| Διεύθυνση Αλληλογραφίας  |   | T.K.:  | Πόλη:   |
| <b>ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΟΡΙΑ ΕΥΘΥΝΗΣ</b>   |   |  |   |
| <b>ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΑΚΕΤΟΥ</b>   | <b>A</b> <input type="checkbox"/>   | <b>B</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Γ</b> <input type="checkbox"/>   |
|  | <b>Δ</b> <input type="checkbox"/>   | <b>Ε</b> <input type="checkbox"/>  | <b>ΣΤ</b> <input type="checkbox"/>  |
|  | <b>Ζ</b> <input type="checkbox"/>   |  |   |
| Επιθυμείτε διπλασιασμό του ανώτατου ορίου ευθύνης;      Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>  |   |  |   |
| <b>ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ</b>   |   |  |   |
| Ποια η Ειδικότητα σας;   |   | Πόσα έτη ασκείται την ειδικότητα σας;  |   |
| Ποια η ιατρική σχολή αποφοίτησης;  |   | Πόσα χρόνια ασκείτε το επάγγελμα;  |   |
| Ποιο το έτος αποφοίτησης;  |   | Ποιο το πλήθος των ασθενών, που δέχεστε ετησίως;   |   |
| Λειτουργείτε ακτινολογικό εξοπλισμό ή laser;   | Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>                             | Έχετε ιδιωτικό ιατρείο;  | Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>                             |
| Εργάζεσθε σε δημόσιο ή σε ιδιωτικό νοσοκομείο (κλινική);   |   | Δημόσιο <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό <input type="checkbox"/>   | Σε ποιο;  |
| Ασχολείστε με την διαχείριση, μεταμόσχευση, διακίνηση, αποθήκευση και διατήρηση υλικών προερχόμενων από το ανθρώπινο σώμα ή βιοσυνθετικών υλικών;  |   | Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>  | Αν, Ναι παρακαλώ περιγράψτε:  |
| Είχατε ξανά ασφαλιστεί;  | Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/><br>Αν, Ναι σε ποια εταιρία; | Έχετε αυτή την στιγμή σε ισχύ συμβόλαιο σε άλλη ασφαλιστική εταιρία;   | Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/><br>Αν, Ναι σε ποια εταιρία; |
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΖΗΜΙΩΝ</b>   |   |  |   |
| 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 <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αν, Ναι παρακαλώ περιγράψτε:                                       |   |
| Έχει καταβληθεί ποτέ κάποια αποζημίωση;  |   | Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αν, Ναι παρακαλώ αναφέρατε:<br>Ύψος ζημιάς €<br>Ημερομηνία ζημιάς: |   |

Αποδέχομαι, ανεπιφύλακτα, ότι :

α) Τα στοιχεία, που σας δήλωσα, είναι απολύτως αληθή και δεν έχω παραλείψει οποιοδήποτε στοιχείο, που θα μπορούσε να επηρεάσει τους υπό ασφάλιση κινδύνους.

β) Κάθε μεταβολή των ανωτέρω στοιχείων θα γνωστοποιείται, από εμένα, εγγράφως, στην Εταιρεία σας.

γ) Η παρούσα αίτηση δεν αποτελεί ασφαλιστήριο συμβόλαιο, ούτε βεβαίωση ασφαλίσεως, ούτε δημιουργεί οποιαδήποτε υποχρέωση ή δέσμευση της Εταιρείας σας, προς οποιονδήποτε, για οποιονδήποτε ανεξαιρέτως λόγο και αιτία.

δ) Η ασφαλιστική κάλυψη αρχίζει μόνο με την καταβολή ολόκληρου του οφειλόμενου ασφαλιστρού πριν από την οποία απαγορεύεται η παράδοση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σ'εμένα.

ε) Οι καλύψεις και τα κεφάλαια αυτών, θα αποδεικνύονται, αποκλειστικά και μόνο, από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα εκδοθεί σχετικά.

στ) Οποιαδήποτε έγγραφη επικοινωνία μπορεί να γίνεται, είτε με επιστολή, είτε με ηλεκτρονική αλληλογραφία ή τηλεομοιοτυπία ή με αποστολή μηνύματος σε συσκευή κινητής τηλεφωνίας, σε στοιχεία επικοινωνίας που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτησή μου.

ζ) Η αίτηση - πρότασή μου αυτή, μαζί με τις συμπληρωματικές πληροφορίες και προϋποθέσεις, θα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης, θα ισχύει δε και για κάθε τυχόν ανανέωση της ασφαλιστικής σύμβασης, εκτός εάν, εγγράφως, σας δηλώσω επιθυμία τροποποίησης αυτής, που αποδεχθεί, η Εταιρεία σας, επίσης εγγράφως.

η) Έλαβα γνώση των Γενικών και Ειδικών Όρων ασφάλισης, τους οποίους ανέγνωσα και αποδέχομαι ρητά και ανεπιφύλακτα και των σχετικών δηλώσεων εναντίωσης και υπαναχώρησης.

θ) Έλαβα γνώση των πληροφοριών που προβλέπει το άρθρο 150 του Ν.4364/2016. Ήτοι:

## ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ (Σύμφωνα με το Άρθρο 150 του Ν.4364/2016)

### ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ:

NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ - ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Ανώνυμη Ελληνική Ασφαλιστική Εταιρεία.

Α.Φ.Μ. : 094035800

Δ.Ο.Υ. : ΦΑΕ ΑΘΗΝΩΝ

### ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ :

Λ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 81-83, 151 24, ΜΑΡΟΥΣΙ.

ΤΗΛ. : 210-4173300, 2104173326

ΦΑΞ : 210-4173345, 210-4173336

### ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (ΑΡ.Γ.Ε.ΜΗ.) :

44319107000

### ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ :

[info@np-asfalistiki.gr](mailto:info@np-asfalistiki.gr)

### ΕΠΟΠΤΙΚΗ ΑΡΧΗ :

Η Τράπεζα της Ελλάδος (Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης).

### ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ :

Μέλος του Εμπορικού και Βιομηχανικού Επιμελητηρίου Αθηνών, με αριθμό Μητρώου 314711

### ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΣ ΤΟΠΟΣ :

[www.np-asfalistiki.gr](http://www.np-asfalistiki.gr)

### ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΟ ΔΙΚΑΙΟ :

Η ασφαλιστική σύμβαση διέπεται από το Ελληνικό Δίκαιο.

### ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ :

Η δραστηριότητα της Εταιρείας με την επωνυμία «NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ - ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.» επικεντρώνεται σε ασφαλίσεις ζημιών του άρθρου 4 παρ. 1 του Ν.4364/2016 και συγκεκριμένα σύμφωνα με την άδεια λειτουργίας της στην :

- Ασφάλιση Ατυχημάτων
- Ασφάλιση Ασθενειών
- Ασφάλιση Χερσαίων Οχημάτων (εκτός σιδηροδρομικών)
- Ασφάλιση Πλοίων (θαλάσσιων, λιμναίων και ποτάμιων σκαφών)
- Ασφάλιση Μεταφερόμενων Εμπορευμάτων
- Ασφάλιση Πυρκαγιάς και άλλων Στοιχείων της Φύσης
- Ασφάλιση Λοιπών Ζημιών Αγαθών
- Ασφάλιση Αστικής Ευθύνης από Χερσαία αυτοκίνητα οχήματα
- Ασφάλιση Αστικής Ευθύνης από Θαλάσσια, Λιμναία και Ποτάμια Σκάφη
- Ασφάλιση Γενικής Αστικής Ευθύνης
- Ασφάλιση Διαφόρων Χρηματικών Απωλειών
- Ασφάλιση Νομικής Προστασίας
- Ασφάλιση Βοήθειας

ι) Στα πλαίσια της προσυμβατικής ενημέρωσής μου, έλαβα, εκτός των ανωτέρω, το ειδικό έγγραφο πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν, κατά τις διατάξεις του άρθρου 30 του Ν. 4583/2018, δεδομένου ότι το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο αφορά ασφαλιστικό προϊόν των κλάδων ασφάλισης της παρ. 1 του άρθρου 4 του Ν.4364/2016 και τις γενικές πληροφορίες - επιπρόσθετες πληροφορίες – αναλύσεις των ασφαλιστικών μου αναγκών και συμβουλές, που προβλέπονται στις διατάξεις των άρθρων 28, 29 και 30 του Ν.4583/2018, με βάση τις οποίες σχημάτισα προσωπική άποψη και απόφασισα, με δική μου πρωτοβουλία, για το ασφαλιστικό προϊόν που αναφέρεται στην παρούσα πρόταση – αίτηση ασφάλισης.

ια) Έλαβα γνώση ότι η Εταιρεία εφαρμόζει πολιτική διαχείρισης αιτιάσεων, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στη σχετική Πράξη Εκτελεστικής Επιτροπής της Τράπεζας της Ελλάδος (ΠΕΕ 88/5.4.2016), αλλά και ότι ως «αίτιαση» εννοείται η δήλωση δυσαρέσκειας, που απευθύνεται στην Εταιρεία, από πρόσωπο, το οποίο σχετίζεται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που του παρέχονται. Έλαβα επίσης γνώση ότι αιτιάσεις δεν θεωρούνται οι αναγγελίες ασφαλιστικών απαιτήσεων, οι αιτήσεις αποζημίωσης, καθώς και απλά αιτήματα που σχετίζονται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο και την παροχή πληροφοριών ή διευκρινίσεων γι'αυτό, ότι η Εταιρεία έχει ορίσει υπεύθυνο πρόσωπο που συντονίζει την ορθή και έγκαιρη διαδικασία διαχείρισης των αιτιάσεων που υποβάλλονται, αλλά και ότι πληροφορίες για την διαδικασία διαχείρισης αιτιάσεων θα βρω στην ιστοσελίδα της Εταιρείας «[www.np-asfalistiki.gr](http://www.np-asfalistiki.gr)»

ιβ) Έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα να εναντιωθώ, εμπρόθεσμα, στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο, σύμφωνα με την ισχύουσα Νομοθεσία και με την υποβολή γραπτής δήλωσης, η οποία πρέπει να σταλεί ως συστημένη στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας με την επωνυμία «NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ - ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.», στις εξής περιπτώσεις:

- αν το περιεχόμενο του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου παρεκκλίνει από την αίτηση ασφάλισής μου (παρ. 5 του άρθρου 2 του Νόμου 2496/1997)

- αν δεν μου παραδόθηκαν οι πληροφορίες που προβλέπονται σε αυτό το ενημερωτικό έντυπο και αφορούν το εφαρμοστέο δίκαιο, την έδρα, τη γλώσσα και τη διευθέτηση παραπόνων ή εάν δεν μου παραδόθηκαν με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι που διέπουν την ασφαλιστική σύμβαση. (παρ. 6 του άρθρου 2 του Νόμου 2496/1997)

Έλαβα επίσης γνώση ότι με την άσκηση οιοδήποτε εκ των ως άνω δικαιωμάτων, η σύμβαση ακυρώνεται εξ αρχής και θεωρείται ως μηδέποτε γενόμενη και τα ασφάλιστρα επιστρέφονται, αφού παρακρατηθεί το δικαίωμα συμβολαίου και τυχόν άλλα έξοδα τα οποία έγιναν από την Εταιρεία, αλλά και ότι το δικαίωμα εναντίωσης δεν μπορεί να ασκηθεί αν, μέχρι την περιέλευση της γραπτής δήλωσης, προς τούτο, στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας, έχει δηλωθεί ζημιά, βάσει του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, για επελθόντα ασφαλιστικό κίνδυνο.

iv) Έλαβα γνώση ότι, εάν το ασφαλιστήριο συμβόλαιο έχει διάρκεια μεγαλύτερη του ενός (1) έτους, θα έχω το δικαίωμα, για οποιονδήποτε λόγο, να υπαναχωρήσω από το εκδοθέν ασφαλιστήριο συμβόλαιο, αποστέλλοντας, στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας, συστημένη επιστολή εντός δέκα τεσσάρων (14) ημερών από την ημερομηνία παραλαβής του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Έλαβα, επίσης, γνώση ότι, με την άσκηση του δικαιώματος αυτού, η σύμβαση ακυρώνεται εξ αρχής και θεωρείται ως μηδέποτε γενόμενη και τα ασφάλιστρα επιστρέφονται, αφού παρακρατηθεί το δικαίωμα συμβολαίου και τυχόν άλλα έξοδα, τα οποία έγιναν από την Εταιρεία, αλλά και ότι, το δικαίωμα υπαναχώρησης δεν μπορεί να ασκηθεί, αν, μέχρι την περιέλευση της γραπτής δήλωσης, προς τούτο, στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας, έχει δηλωθεί ζημιά, βάσει του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, για επελθόντα ασφαλιστικό κίνδυνο.

Τέλος, οι κατωτέρω υπογράφωντες (τόσο ο διαμεσολαβών συνεργάτης ατομικώς και κατ' ειδική και ανεπιφύλακτη εντολή του ασφαλισμένου-λήπτη της ασφαλίσεως, όσο και ο ίδιος ο αιτών την ασφάλιση) διαβάσαμε, με προσοχή, τα παραπάνω, τα οποία αποδεχόμαστε απόλυτα και ανεπιφύλακτα.

(Τόπος ..... Ημερομηνία .....)

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ / ΣΦΡΑΓΙΔΕΣ

Ο/Η ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

## ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

### ΤΟΥ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΕΡΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

#### ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (άρθρα 6, 7 & 9 Γ.Κ.Π.Δ.)

Ο υπογράφων την παρούσα, αποκαλούμενος, εφεξής και χάριν συντομίας, «Υποκείμενο των Δεδομένων», **δηλώνω, ρητά και ανεπιφύλακτα, ότι ενημερώθηκα για τις πράξεις συλλογής, επεξεργασίας και αποθήκευσης των δεδομένων μου** και, σύμφωνα και με τις διατάξεις των άρθρων 6, 7 και 9 του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων (ΕΕ) 679/2016, αλλά και σύμφωνα με τις αντίστοιχες ισχύουσες διατάξεις, που αφορούν σε αυτόν, κατόπιν της ένταξής του στην εθνική νομοθεσία και, εφόσον δεν σημειώνεται η αρνητική επιλογή στο τέλος του παρόντος κειμένου, **παρέχω τη συγκατάθεσή μου**, ειδικώς και ελευθέρως, στην Εταιρεία με την επωνυμία «NP Ασφαλιστική – ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.», νομίμως εκπροσωπούμενης, που εδρεύει στο Μαρούσι Αττικής, Λ. Κηφισίας αρ. 81-83, η οποία, εφ' εξής, θα αποκαλείται, χάριν συντομίας, «Εταιρεία» και η οποία τηρεί τον Κώδικα Δεοντολογίας της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (Ε.Α.Ε.Ε.), για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, από ασφαλιστικές εταιρίες, που θεσπίστηκε, με βάση το άρθρο 40 του Γ.Κ.Π.Δ. και ισχύει, κατόπιν της έγκρισής του από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (ΑΠΔΠΧ) και **αποδέχομαι την συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση των προσωπικών μου δεδομένων, στο παρόν και στο μέλλον, για την εξυπηρέτηση των κάτωθι σκοπών**, ήτοι:

- (1) για την εκτίμηση του κινδύνου, στο πλαίσιο της σύναψης της αιτούμενης, από εμένα, ασφαλιστικής σύμβασης, του καθορισμού των γενικών και ειδικών όρων αυτής, καθώς και του ανάλογου ασφαλιστρού,
- (2) στη διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, καθ' όλη τη διάρκεια ισχύος ή και μετά τη λήξη αυτής, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης, σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου ή και της καταβολής του προβλεπόμενου στους όρους της σύμβασης ποσού (ασφαλίματος),
- (3) στη συμμόρφωση της Εταιρείας, με υποχρεώσεις, που επιβάλλονται από το εκάστοτε ισχύουν νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο και στην αποφυγή της ασφαλιστικής εξαπάτησης,
- (4) στην έρευνα, που δύναται η Εταιρεία να πραγματοποιήσει, σε σχέση με άλλες, παρελθούσες ή μελλοντικές, αιτήσεις ασφάλισής μου.

#### Η επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων αποδέχομαι να περιλαμβάνει:

- A. Δεδομένα Ταυτοποίησης (π.χ. όνομα, επώνυμο, ημερομηνία γέννησης, αριθμό δελτίου ταυτότητας / διαβατηρίου, Α.Μ..Κ.Α., Α.Φ.Μ. κλπ.).
- B. Δεδομένα Επικοινωνίας (π.χ. διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου / αλληλογραφίας, αριθμοί τηλεφώνου / φαξ κλπ.).
- Γ. Δεδομένα Πληρωμής (π.χ. τραπεζικοί λογαριασμοί, χρεωστικές / πιστωτικές και λοιπές κάρτες).
- Δ. Δεδομένα Ασφάλισης (π.χ. δεδομένα που αφορούν την οικονομική / περιουσιακή κατάσταση, δεδομένα υγείας, δεδομένα για οδηγική συμπεριφορά κλπ.).
- E. Δεδομένα Διακανονισμού (π.χ. δεδομένα, απαραίτητα για την διαχείριση των απαιτήσεων από ασφάλιση, που εμπειρεύονται στην αίτηση καταβολής αποζημίωσης / καταβολής ασφαλίματος ή σε συνοδευτικά αυτής έγγραφα / δικαιολογητικά ή σχετικά με αυτήν).

#### Ενημερώθηκα εξάλλου και αποδέχομαι ότι η Εταιρεία:

- θα συλλέγει προσωπικά δεδομένα, που θα περιλαμβάνονται στην αίτηση ασφάλισής μου, στα συνοδευτικά αυτής έγγραφα και δικαιολογητικά και οποιαδήποτε άλλα δεδομένα, τα οποία ο ίδιος έχω γνωστοποιήσει ή θα γνωστοποιήσω στην Εταιρεία στο μέλλον, είτε προφορικά, είτε με οποιοδήποτε άλλο μέσο, έγγραφο ή ηλεκτρονικό, μέσω των υπαλλήλων της ή των συνεργαζόμενων μαζί της, ασφαλιστικών διαμεσολαβητών,
- θα δύναται να ζητά και να συλλέγει, για την εκπλήρωση αποκλειστικά των σκοπών του παρόντος, δεδομένα μου, από τρίτα, συνεργαζόμενα ή μη με την Εταιρεία, μέρη, όπως πραγματογνώμονες, δικηγόροι, ερευνητές, συνεργαζόμενες εταιρίες οδικής βοήθειας / φροντίδας ατυχήματος, συνεργαζόμενες εταιρίες νομικής προστασίας, άλλες ασφαλιστικές εταιρίες.

Γνωρίζω εξάλλου και **αποδέχομαι ότι τα δεδομένα μου, στα πλαίσια της προσυμβατικής ενημέρωσης ή στα πλαίσια ισχύος της σύμβασης ασφάλισής μου, θα τύχουν επεξεργασίας**, από τα τμήματα που είναι αρμόδια για την ανάληψη του κινδύνου, για την λειτουργία του συμβολαίου μου, την εξυπηρέτηση των αιτημάτων μου και για την αποζημίωσή μου, όπως επίσης και από άλλα τμήματα στο πλαίσιο άσκησης των νομίμων λειτουργιών τους (ενδεικτικά Αναλογιστές, Νομική Υπηρεσία, Εσωτερικός Έλεγχος, Διαχείριση Κινδύνων, Κανονιστική Συμμόρφωση). Επίσης **τα δεδομένα μου**, στα πλαίσια της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης και στο βαθμό που αυτό είναι αναγκαίο για την καλύτερη εξυπηρέτησή μου και την παροχή των υπηρεσιών/καλύψεων, που προβλέπει η ασφαλιστική σύμβαση, **μπορεί να διαβιβασθούν**, ενδεικτικά και όχι περιοριστικά, σε συνδεδεμένες επιχειρήσεις της Εταιρείας, σε συνεργαζόμενους με την Εταιρεία παρόχους, όπως ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, αντασφαλιστές, συνεργαζόμενες ασφαλιστικές εταιρίες για την παροχή της κάλυψης, εισπρακτορες ή εταιρίες εισπράξεως ασφαλιστρών, συνεργαζόμενες εταιρίες ενημέρωσης οφειλετών, πραγματογνώμονες, ερευνητές, συνεργαζόμενα/ες νοσοκομεία, κλινικές, νοσηλευτικά ιδρύματα, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, εταιρίες παροχής υπηρεσιών υγείας, εταιρίες παροχής συμβουλευτικών και ελεγκτικών υπηρεσιών υγείας, ιατρούς, εταιρίες παροχής επείγουσας μεταφοράς/αερομεταφοράς/διακομιδής, εταιρίες παροχής δεύτερης ιατρικής γνώμης, τυχόν συνεργαζόμενες εταιρίες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, συνεργαζόμενες εταιρίες πληροφορικής, συνεργαζόμενες εταιρίες παροχής υπηρεσιών εκτύπωσης, οργάνωσης και παράδοσης εντύπων. Σε όλες τις ανωτέρω περιπτώσεις, οι συνεργαζόμενοι με την Εταιρεία οφείλουν να ενεργούν, ειδικά, για τον σκοπό αυτό, καθώς δεσμεύονται πλήρως από το απόρρητο και τις υποχρεώσεις, που προβλέπονται στη νομοθεσία, σχετικά με τη συλλογή και επεξεργασία των ανωτέρω δεδομένων. Επίσης, όπως προβλέπεται στη νομοθεσία, η Εταιρεία ενδέχεται να γνωστοποιήσει τα δεδομένα μου, σε δημόσιες υπηρεσίες, ασφαλιστικά ταμεία, σε δικαστικές, δημόσιες και ανεξάρτητες αρχές, όπως ενδεικτικά και όχι περιοριστικά η Εποπτεύουσα Αρχή «Τράπεζα της Ελλάδος» (Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης/Δ.Ε.Ι.Α.), η «Γενική Γραμματεία Καταναλωτή» του Υπουργείου Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας, η Ανεξάρτητη Αρχή «Συνήγορος του Καταναλωτή», αρμόδια Υπουργεία, Νομαρχίες, Υγειονομικές Περιφέρειες, Τελωνεία, Δ.Ο.Υ., Α.Α.Δ.Ε. (Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Εσόδων), Σ.Δ.Ο.Ε., Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Αστυνομικά Τμήματα, Εισαγγελικές Αρχές, ανεξάρτητες ελεγκτικές εταιρίες, κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους ή σε οιαδήποτε άλλη αρμόδια αρχή, εφόσον αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για την προάσπιση νομίμων δικαιωμάτων ή την εκπλήρωση υποχρεώσεων της Εταιρείας. Ειδικά δε, στις ασφαλιστικές του κλάδου αυτοκινήτου, τα προσωπικά δεδομένα μου ενδέχεται να διαβιβασθούν, σε άλλες (αντ)ασφαλιστικές εταιρίες, έπειτα από υποβολή νομικού αιτήματος ή κατόπιν συμβατικής υποχρέωσης, δημόσιες / δικαστικές αρχές, σε συνεργαζόμενες εταιρίες παροχής οδικής βοήθειας, σε εταιρίες παροχής επείγουσας τεχνικής βοήθειας και συνεργατών αυτών, σε πραγματογνώμονες, σε ερευνητές τροχαίων ατυχημάτων, σε εταιρίες τεχνικών υπηρεσιών οχημάτων, σε εταιρίες διαχείρισης υπολειμματικών αξιών ζημιωθέντων οχημάτων, στο αρχείο δεδομένων της Υπηρεσίας Στατιστικής των Ασφαλιστικών Εταιριών (αρχείο ΥΣΑΕ) για την προστασία της ασφαλιστικής αγοράς και της αποφυγής της ασφαλιστικής απάτης, σε συνεργαζόμενους με την Εταιρεία παρόχους, στο πλαίσιο της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης, όπως ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, παρόχους υπηρεσιών υγείας, φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, υπηρεσιών τηλεφωνικής εξυπηρέτησης πελατών, δικηγόρους κλπ.. Όσον αφορά μάλιστα απλά προσωπικά δεδομένα σε συμβάσεις του κλάδου πυρός, η Εταιρεία ενδέχεται να τα γνωστοποιήσει σε συνεργαζόμενες εταιρίες παροχής επείγουσας τεχνικής βοήθειας.

**Ενημερώθηκα** ότι η Εταιρεία θα συλλέγει, αποθηκεύει και εν γένει επεξεργάζεται δεδομένα μου για χρονικό διάστημα μέχρι είκοσι (20) έτη από τη λήξη της ασφαλιστικής σύμβασης με οποιονδήποτε τρόπο και μέχρι πέντε (5) έτη σε περίπτωση μη σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, εκτός εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας και μέχρι την περαίωσή της με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

**Ενημερώθηκα επίσης ρητά και ΣΥΝΑΙΝΩ  ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ**

**ότι η Εταιρεία θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για την διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Εταιρείας ή για σκοπούς έρευνας σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εκ μέρους της.**

Για την επίτευξη του ως άνω σκοπού ενδέχεται μάλιστα να διαβιβασθούν δεδομένα μου σε συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και εταιρίες βοηθητικών ενεργειών.

**Έχω επίσης ενημερωθεί ότι, σε σχέση με την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, μπορώ να ασκήσω:**

- το **δικαίωμα πρόσβασης**, για να ενημερωθώ, κατόπιν αιτήματός μου, σχετικά με το κατά πόσον ή όχι τα προσωπικά μου δεδομένα υφίστανται επεξεργασία και επιπλέον να λάβω αντίγραφο και περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με την πραγματοποιούμενη επεξεργασία,
- το **δικαίωμα διόρθωσης** των ανακριβών προσωπικών μου δεδομένων ή τη συμπλήρωση των ελλিপών προσωπικών μου δεδομένων και το **δικαίωμα διαγραφής** («δικαίωμα στη λήθη») των προσωπικών μου δεδομένων, εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επιδίωξη των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεγεί,
- το **δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας**, σε περίπτωση αμφισβήτησης της ακρίβειας αυτών,
- το **δικαίωμα φορητότητας** των δεδομένων μου, ήτοι να λαμβάνω τα δεδομένα μου, σε δομημένο και κοινώς χρησιμοποιούμενο και αναγνώσιμο από μηχανήματα μορφότυπο, καθώς και το δικαίωμα να διαβιβάζω τα εν λόγω δεδομένα σε άλλον υπεύθυνο επεξεργασίας
- το δικαίωμα **εναντίωσης** στην επεξεργασία αυτών, καθώς και το δικαίωμα **εξασφάλισης ανθρωπίνης παρέμβασης σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες.**

Ενημερώθηκα, επίσης, ότι, **για την άσκηση των παραπάνω δικαιωμάτων μου και για την υποβολή οποιουδήποτε ερωτήματος, παραπόνου, που αφορά προσωπικά δεδομένα, μπορώ να απευθύνομαι στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων:**

- με αποστολή e-mail, στη διεύθυνση [complaints@np-asfalistiki.gr](mailto:complaints@np-asfalistiki.gr), επισυνάπτοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος, που θα βρω στην ιστοσελίδα [www.np-asfalistiki.gr](http://www.np-asfalistiki.gr)
- με αποστολή σχετικής επιστολής, με την ένδειξη "DPO", προς «NP Ασφαλιστική – ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.», Λ. Κηφισίας αρ. 81-83, Τ.Κ. 151 24, εσωκλείοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος, που θα βρείτε στην ιστοσελίδα [www.np-asfalistiki.gr](http://www.np-asfalistiki.gr)

**Τα δικαιώματα ασκούνται, χωρίς κόστος, για εμένα**, εκτός και αν, λόγω επανάληψης επιφέρουν διαχειριστικό κόστος για την Εταιρεία και θα ικανοποιηθούν εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από την λήψη του σχετικού αιτήματος.

**Για οποιαδήποτε διευκρίνιση, σχετικά με τη διαδικασία υποβολής, μπορώ να επικοινωνήσω στο τηλ. 210 41 73 300.**

Ενημερώθηκα, εξάλλου, ότι **μπορώ**, σε οποιαδήποτε στιγμή, **να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου, στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων μου, που έχουν συλλεγεί για τους σκοπούς της σύμβασης ασφάλισης.** Αποδέχομαι, ωστόσο, ότι η ανάκληση της συγκατάθεσής μου, όπως και η άσκηση του δικαιώματος εναντίωσης στην επεξεργασία των δεδομένων μου, θα έχει ως συνέπεια την διακοπή και τη λήξη της μεταξύ μας σύμβασης ασφάλισης και τη μη κάλυψή μου, δεδομένου ότι καμία σύμβαση ασφάλισης δεν δύναται να λειτουργήσει χωρίς την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων του λήπτη της ασφάλισης ή /και του ασφαλισμένου ή/και του δικαιούχου του ασφαλισματος. Εάν μάλιστα η ανάκληση της συγκατάθεσης γίνει κατά το προσυμβατικό στάδιο, τότε η Εταιρεία θα έχει το δικαίωμα να αρνηθεί τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης.

Γνωρίζω εξάλλου ότι, σε περίπτωση που θίγεται, με οποιονδήποτε τρόπο, η προστασία των προσωπικών μου δεδομένων, **διατηρώ το δικαίωμα να προσφύγω στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα**, χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας:

Ιστοσελίδα: [www.dpa.gr](http://www.dpa.gr)

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Λεωφόρος Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα

Τηλεφωνικό Κέντρο: +30 210 6475600

Fax: +30 210 6475628

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: [contact@dpa.gr](mailto:contact@dpa.gr)

|   |   |
|---|---|
| <p>Έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων και <b>συναινώ</b> σε αυτήν, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο.</p> <p>Όνοματεπώνυμο .....</p> <p>Α.Φ.Μ. ....</p> <p>Υπογραφή .....</p> | <p>Έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων και <b>ΔΕΝ συναινώ</b> σε αυτήν, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο.</p> <p>Όνοματεπώνυμο .....</p> <p>Α.Φ.Μ. ....</p> <p>Υπογραφή .....</p> |
|---|---|