

ΠΡΟΣ: κ. _ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ_

12/9/2022

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΘΕΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΚΑΙ ΟΥΔΕΜΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ

Είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας υποβάλουμε την προσφορά μας.

1) Ασφαλιζόμενος

ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

2) Αντικείμενο Επιχείρησης

ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

3) Τοποθεσία Κινδύνου

ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ 43, ΤΚ: 15124, ΜΑΡΟΥΣΙ

4) Περίοδος Ασφάλισης

12 μήνες (ακριβείς ημερομηνίες θα συμφωνηθούν)

5) Ασφαλιζόμενα Κεφάλαια

Σωματικές Βλάβες και / ή Θάνατο Ανά Άτομο & Ανά Γεγονός	€ 200.000
Ανώτατο Όριο Ευθύνης	€ 400.000

6) Ασφάλιστρα

Τα Μικτά Ασφάλιστρα ανέρχονται σε **200,00 €**

Τρόπος Πληρωμής Ετησίως

7) Καλύψεις

Καλύπτεται η εκ του νόμου αστική ευθύνη από αμέλεια, λάθος, παράλειψη του ασφαλιζόμενου κατά την διάρκεια της εκτέλεσης των καθηκόντων του και την εκτέλεση συνταγών για ζημιές (σωματικές βλάβες / θάνατο), που πιθανόν προξενηθούν σε τρίτους συμπεριλαμβανομένης της ηθικής βλάβης και ψυχικής οδύνης.

Με τις ακόλουθες επεκτάσεις:

- Οποιασδήποτε πράξης ή παράλειψής του από αμέλεια κατά την εκτέλεση ιατρικών συνταγών, παρασκευής ιδιοσκευασμάτων και γενικά οτιδήποτε έχει σχέση με τη νόμιμη άσκηση του επαγγέλματός του.
- Σφάλματος ή παράλειψης στην εκτέλεση οδηγιών που δόθηκαν από τον Ασφαλισμένο στους βοηθούς του.
- Σφάλματος ή παράλειψης στην παροχή πρώτων βοηθειών σε περιπτώσεις άμεσου ανάγκης.
- Ατυχημάτων που μπορούν να συμβούν στους πελάτες κατά την παραμονή τους στο φαρμακείο και έως την έξοδό τους από αυτό
- Η κάλυψη επεκτείνεται προκειμένου να καλύψει τη γενική αστική ευθύνη από τη χρήση και λειτουργία του φαρμακείου.

8) Απαλλαγές

Ανά απαίτηση € 750

9) Προϋποθέσεις

- 9.1 Εξαιρείται της κάλυψης οποιαδήποτε απώλεια ή ζημιά πριν από την οριστική αποδοχή του κινδύνου από την Εταιρία μας.
- 9.2 Εξαίρεση Μεταδοτικών Ασθενειών (LMA 5396).
- 9.3 Νόμιμη Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος.
- 9.4 Πλήρως συμπληρωμένη Πρόταση Ασφάλισης υπογεγραμμένη & σφραγισμένη από τον ασφαλιζόμενο.
- 9.5 Η Εταιρία δεν θα αποζημιώσει τον Ασφαλισμένο ή τον Δικαιούχο του Ασφαλισματος για ζημιά ή ευθύνη που προξενήθηκε ή επιδεινώθηκε άμεσα ή έμμεσα από κάποιο ή σαν συνέπεια κάποιου γεγονότος, όπως:

- 9.5.1 Ειδική ευθύνη την οποία ο ασφαλισμένος ήθελε να αναλάβει, πέραν και καθ' υπέρβαση των επαγγελματικών του καθηκόντων όπως αυτά καθορίζονται από την κείμενη νομοθεσία.
- 9.5.2 Ανάλυση ευθύνης από τον Ασφαλισμένο, με συμφωνία, έστω και αν αυτή ανάγεται στα επαγγελματικά του καθήκοντα.
- 9.5.3 Παράνομες χρήσεις ή χορηγήσεις φαρμάκων, ιδιοσκευασμάτων και μεθόδων που δεν έχουν εγκριθεί από την αρμόδια Αρχή.
- 9.5.4 Χορήγηση φαρμάκων ή ιδιοσκευασμάτων αναγόμενη σε προγενέστερο από την έναρξη ισχύος του ασφαλιστηρίου γεγονός και της οποίας τα αποτελέσματα εκδηλώθηκαν αργότερα.
- 9.5.5 Διάγνωση, θεραπεία, μετάδοση που αφορά άμεσα ή έμμεσα το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (AIDS) ή / και Ηπατίτιδα.
- 9.5.6 Σωματικές βλάβες ή και υλικές ζημιές άμεσα ή έμμεσα προκαλούμενες από την εκφόρτωση, διασκορπισμό, απελευθέρωση ή διαφυγή μολυσματικών ουσιών (συμπεριλαμβανομένου και του οποιουδήποτε κόστους για την απομάκρυνση, θεραπεία ή καθορισμό αυτών των μολυσματικών ουσιών)
- 9.6 Καθαρό Ιστορικό Ζημιών.
- 9.7 Μετά την αποδοχή της προσφοράς μας η ασφαλιστική σύμβαση, που θα εκδοθεί, θα διέπεται από τους συνημμένους σε αυτήν Γενικούς Όρους που θα την ακολουθούν αλλά κι από τους Ειδικούς Όρους που θα περιλαμβάνονται στα προσαρτήματα των επιμέρους ασφαλιστικών καλύψεων και θα αποτελούν ενιαίο σύνολο της ασφαλιστικής σύμβασης. Μαζί με την εκδοθείσα ασφαλιστική σύμβαση θα χορηγηθεί και το σχετικό δικαίωμα εναντίωσης του άρθρου 2 παρ. 5 του Ν.2496/97 αλλά και το δικαίωμα εναντίωσης του άρθρου 2 παρ. 6 του Ν.2496/97. Ενδεχόμενες παρεκκλίσεις θα συμπληρώνονται στο σχετικό πεδίο της εκδοθείσας ασφαλιστικής σύμβασης.
- 9.8 Αν υπάρχει για το χώρο ασφαλιστήριο συμβόλαιο Αστικής Ευθύνης, τότε το παρόν συμβόλαιο θα λειτουργεί ως δευτερεύον συμβόλαιο, πέραν – μετά την εξάντληση των καλυπτόμενων ορίων ευθύνης (In excess).
- 9.9 Η προσφορά μας ισχύει για 30 ημέρες από την ημερομηνία έκδοσης της και με την προϋπόθεση καθαρού ιστορικού ζημιών.

Είμαστε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση.

Με εκτίμηση

ΑΠΟΔΟΧΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ
(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ, ΣΦΡΑΓΙΔΑ, ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ Μ. ΚΑΙ ΣΙΑ - ΑΣΦ.ΣΥΜ.

**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, εφ' εξής και χάρην 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, καθώς και με τις αντίστοιχες ισχύουσες διατάξεις, που θα αφορούν σε αυτόν, κατόπιν της έναρξης του στην εθνική νομοθεσία, παρέχω τη συγκατάθεσή μου, ειδικώς και εκουσίως, στην Εταιρεία με την επωνυμία «ΝΡ Ασφαλιστική – ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.», νομίμως εκπροσωπούμενης, που εδρεύει στο Μαρούσι Αττικής, Λ. Κηφισίας αρ. 81-83, εφ' εξής, θα αποκαλείται, χάρην συντομίας, «Εταιρεία» και η οποία τρέφει τον Κώδικα Δεοντολογίας της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (Ε.Α.Ε.Ε.), για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από ασφαλιστικές εταιρείες, 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:

- για την εκτίμηση του κινδύνου, στο πλαίσιο της σύναψης της απούμενης από εμένα ασφαλιστικής σύμβασης, του καθορισμού των γενικών και ειδικών όρων αυτής καθώς και του ανάλογου ασφαλιστρου,
- 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 (ασφαλισμός),
- στη συμμόρφωση της Εταιρείας με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το εκάστοτε ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο και στην αποφυγή της ασφαλιστικής εξαπάτησης,
- 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:

- Δεδομένα Ταυτοποίησης (π.χ. όνομα, επώνυμο, ημερομηνία γέννησης, αριθμό δελτίου ταυτότητας / διαβατηρίου, Α.Μ.Κ.Α., Α.Φ.Μ. κλπ.).
- Δεδομένα Επικοινωνίας (π.χ. διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου / αλληλογραφίας, αριθμό τηλεφώνου / φαξ κλπ.).
- Δεδομένα Πληρωμής (π.χ. τραπεζικοί λογαριασμοί, χρεωστικές / πιστωτικές και λοιπές κάρτες).
- Δεδομένα Ασφάλισης (π.χ. δεδομένα που αφορούν την οικονομική / περιουσιακή κατάσταση, δεδομένα υγείας, δεδομένα για οδηγική συμπεριφορά κλπ.).
- Δεδομένα Διακανονισμού (π.χ. δεδομένα απαραίτητα για την διαχείριση των απαιτήσεων από ασφάλιση που εμπιρεύονται στην αίτηση καταβολής αποζημίωσης / καταβολής ασφαλισματος ή σε συνοδικτικά 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 συνοδικτικά 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, δικηγόρους, ερευνητές, συνεργαζόμενες εταιρείες οδικής βοήθειας / φροντίδας ατυχήματος, συνεργαζόμενες εταιρείες νομικής προστασίας, άλλες ασφαλιστικές εταιρείες.

Γνωρίζω εξάλλου και αποδέχομαι ότι τα δεδομένα μου, στα πλαίσια της προσυμβατικής ενημέρωσής 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 Κινδύνου, Κανονιστική Συμμόρφωση). Επίσης τα δεδομένα μου, στα πλαίσια της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης και στα βαθμιαία 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 συνεργαζόμενες με την Εταιρεία παρόχους, όπως ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, αντασφαλιστές, συνεργαζόμενες ασφαλιστικές εταιρείες για την παροχή της κάλυψης εισπρακτόρες ή εταιρείες εισπρακτές ασφαλιστρου, συνεργαζόμενες εταιρείες ενημέρωσης ορεικτών, πραγματογνώμονες, ερευνητές, συνεργαζόμενα/ομάδες νοσοκομεία, κλινικές, νοσηλευτικά ιδρύματα, διανομητικά κέντρα και εργαστήρια, εταιρείες παροχής υπηρεσιών υγείας, εταιρείες παροχής συμβουλευτικών και ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας, ιατρών, εταιρείες παροχής επίγειου αερομεταφορές/διακομιδής, εταιρείες παροχής δεύτερης ιατρικής γνώμης/αυτιζών, τυχόν συνεργαζόμενες εταιρείες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, συνεργαζόμενες εταιρείες πληροφορικής, συνεργαζόμενες εταιρείες 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, Νοσηριές, Υγιεινοκομικές 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 εταιρείες, κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους ή σε οποιαδήποτε άλλη αρμόδια αρχή, εφόσον αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για την προστασία νομίμων δικαιωμάτων ή την εκπλήρωση υποχρεώσεων της Εταιρείας. Ειδικά δε στις ασφαλισίες του κλάδου ακινοπητών, τα προσωπικά δεδομένα μου ενδέχεται να διαβιβασθούν σε άλλες (αντ'ασφαλιστικές) εταιρείες έπειτα από υποβολή νομικού αιτήματος ή κατόπιν συμβατικής υποχρέωσης, δημόσιες / δικαστικές αρχές, σε συνεργαζόμενες εταιρείες παροχής οδικής βοήθειας, σε εταιρείες παροχής επίγειου αερομεταφορών και συνεργατών αυτών, σε πραγματογνώμονες, σε ερευνητές τροχαίων ατυχημάτων, σε εταιρείες τεχνικών υπηρεσιών οχημάτων, σε εταιρείες 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 συνεργαζόμενες 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 εταιρείες παροχής επίγειου αερομεταφορών τεχνικής βοήθειας.

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

Ενημερώθηκα επίσης ρητά και **ΣΥΝΑΙΝΩ** **ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ**

οτι 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 εταιρείες έρευνας και εταιρείες 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 συμπλήρωσή των ελλιπών προσωπικών μου δεδομένων και το δικαίωμα διαγραφής («δικαίωμα στη λήθη») των προσωπικών μου δεδομένων, εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επίδωξη των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεγεί,
- το δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας σε περίπτωση αμφισβήτησης της ακριβείας 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 ανθρώπινης παρέμβασης σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες.

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

- με αποστολή e-mail στη διεύθυνση complaints@np-asfalistikl.gr, επισυνάπτοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματός που θα βρω στην ιστοσελίδα www.np-asfalistikl.gr
- με αποστολή σχετικής επιστολής, με την ένδειξη "DPO", προς «ΝΡ Ασφαλιστική – ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.», Λ. Κηφισίας αρ. 81-83, Τ.Κ. 151 24, εσωκλείοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματός που θα βρείτε στην ιστοσελίδα www.np-asfalistikl.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 δικαιούτου του ασφαλισματος. Εάν μάλιστα η ανάκληση της συγκατάθεσής γίνει κατά το προσυμβατικό στάδιο, τότε η Εταιρεία θα έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης.

Γνωρίζω εξάλλου ότι, σε περίπτωση που θίγεται, με οποιοδήποτε 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
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

Έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων και **συναίνω** σε αυτήν, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο.

Όνοματεπώνυμο
Α.Φ.Μ.
Υπογραφή

Έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων και **ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ** σε αυτήν, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο.

Όνοματεπώνυμο
Α.Φ.Μ.
Υπογραφή

