

ΠΡΟΣ: κ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ\_

7/9/2022

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΙΑΤΡΩΝ

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

Είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας υποβάλουμε την προσφορά μας.

**1) Ασφαλιζόμενος**

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

**2) Ιατρική Ειδικότητα**

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ

**3) Διεύθυνση Κινδύνου**

ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ 43, ΤΚ: 15124, ΜΑΡΟΥΣΙ

**4) Γεωγραφικά Όρια Κινδύνου**

Εντός της Ελληνικής Επικράτειας

**5) Περίοδος Ασφάλισης**

12 μήνες (ακριβείς ημερομηνίες θα συμφωνηθούν)

**6) Ασφαλιζόμενα Κεφάλαια**

Σωματικές Βλάβες και / ή Θάνατο Ανά Γεγονός & συνολικά € 50.000

**7) Ασφάλιστρα**

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

Τρόπος Πληρωμής Ετησίως

**8) Καλύψεις**

Καλύπτεται η εκ του νόμου Αστική Ευθύνη από αμέλεια, λάθος, παράλειψη του ασφαλιζόμενου στην διάγνωση, την υπόδειξη ή εφαρμογή θεραπευτικής αγωγής, την χειρουργική επέμβαση, την νάρκωση καθώς και την έκδοση / εκτέλεση συνταγών για ζημιές (σωματικές βλάβες / θάνατος), που πιθανόν να προξενηθούν σε τρίτους συμπεριλαμβανομένης της ηθικής βλάβης και ψυχικής οδύνης και οι οποίες γεννηθούν και δηλωθούν εντός της περιόδου ισχύος της ασφαλιστικής κάλυψης.

Με τις ακόλουθες επεκτάσεις:

- Της νόμιμης εξάσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, έχοντας σε ισχύ την άδεια άσκησης της ειδικότητας του, στο ιατρείο του, στα νοσοκομεία ή στις κλινικές με τις οποίες συνεργάζεται.
- Αστική Ευθύνη του ιατρού από την χρήση και λειτουργία του ιατρείου του για € 30.000 ανά γεγονός και € 50.000 συνολικά.
- Οποιασδήποτε αμέλειας, σφάλματος ή παράλειψης κατά την άσκηση των ιατρικών του καθηκόντων.
- Λαθών ή παραλείψεων κατά την εκτέλεση οδηγιών που έδωσε σε βοηθούς του.
- Ατυχημάτων που προκλήθηκαν από την χρησιμοποίηση ελαττωματικού υλικού (π.χ. εργαλείων, οργάνων, παρασκευασμάτων, προϊόντων, πειραματόζωων, εργαστηρίων και λοιπών συναφών) έστω και αν ανήκουν σε τρίτους, με την προϋπόθεση όμως ότι δεν γνώριζε την ελαττωματικότητά τους.
- Ζημιών λόγω κάποιας ιατρικής του ενέργειας όπως : καθυστέρηση εφαρμογής θεραπείας, κατάθεση λανθασμένων πιστοποιητικών ή εκθέσεων, εφαρμογή μη ενδεδειγμένης θεραπείας.
- Παρενεργειών φαρμάκων που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία και είναι εγκεκριμένα στην Ελλάδα και τα οποία χορηγήθηκαν κατόπιν συνταγής υπογεγραμμένης από τον Ασφαλισμένο.
- Εκτεταμένη περίοδος αναγγελίας ζημιάς 12 μήνες μετά τη λήξη του ασφαλιστηρίου.
- Επέκταση κάλυψης για δαπάνες νομικής στήριξης και δικαστικά έξοδα μέχρι του ποσού των €10.000 για την υπεράσπιση του ασφαλισμένου στα ποινικά δικαστήρια.
-

Η παρεχόμενη κάλυψη επεκτείνεται ώστε να συμπεριλαμβάνει στο κόστος ασφάλισης, την Αστική Ευθύνη του Ασφαλιζόμενου Ιατρού από την χρήση και λειτουργία του ιατρείου του για € 30.000 ανά γεγονός και € 50.000 συνολικά.

## 9) Απαλλαγές

Ανά απαίτηση € 500

## 10) Προϋποθέσεις

- 10.1 Εξαιρείται της κάλυψης οποιαδήποτε απώλεια ή ζημιά πριν από την οριστική αποδοχή του κινδύνου από την Εταιρία μας.
- 10.2 Εξαίρεση Μεταδοτικών Ασθενειών (LMA 5396).
- 10.3 Νόμιμη Αδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος.
- 10.4 Βιογραφικό Σημείωμα.
- 10.5 Πλήρως συμπληρωμένη Πρόταση Ασφάλισης υπογεγραμμένη & σφραγισμένη από τον ασφαλιζόμενο.
- 10.6 Καθαρό Ιστορικό Ζημιών.
- 10.7 Ειδικές Εξαιρέσεις:
  - 10.7.1 Ειδική ευθύνη την οποία ο ασφαλισμένος ήθελε να αναλάβει, πέραν και καθ' υπέρβαση των επαγγελματικών καθηκόντων του όπως καθορίζονται από την κείμενη νομοθεσία.
  - 10.7.2 Ανάληψη ευθύνης από τον Ασφαλισμένο, με συμφωνία, έστω και αν αυτή ανάγεται στα επαγγελματικά του καθήκοντα.
  - 10.7.3 Παράνομες επεμβάσεις ή χρήση και χορήγηση φαρμάκων και μεθόδων που δεν έχουν εγκριθεί από την αρμόδια Αρχή και για κάθε θεραπεία, μελέτη και επέμβαση που βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο (κλινικές δοκιμές).
  - 10.7.4 Βλάβες σε γεννητικά όργανα συνεπεία χρήσης ακτίνων Χ ή άλλης ραδιενεργού συσκευής για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς καθώς και οι αισθητικές επεμβάσεις εκτός και να ενδείκνυνται για θεραπευτικούς λόγους.
  - 10.7.5 Γενετικές βλάβες, ανατάξεις.
  - 10.7.6 Διάγνωση, θεραπεία, μετάδοση που αφορά άμεσα ή έμμεσα το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (AIDS) ή / και Ηπατίτιδα.
  - 10.7.7 Επεμβάσεις στις οποίες γίνεται γενική αναισθησία χωρίς την παρουσία αναισθησιολόγου.
  - 10.7.8 Χειρουργικές επεμβάσεις πλαστικής ή αισθητικής χειρουργικής.
  - 10.7.9 Θεραπευτικές αγωγές ή υπηρεσίες, που παρασχεθήκαν για την πρόκληση ή την αποφυγή της κυήσεως / τεκνοποίησης, συμπεριλαμβανομένων των χειρουργικών επεμβάσεων για την πρόκληση στέρωσης, εξωσωματικής εγκυμοσύνης και / ή εκτρώσεων.
  - 10.7.10 Από τη χρήση φαρμάκων για τη μείωση του σωματικού βάρους.
  - 10.7.11 Διάγνωση ή θεραπευτική αγωγή αναγόμενη σε προγενέστερο από την έναρξη ισχύος του ασφαλιστηρίου γεγονός και της οποίας τα αποτελέσματα εξεδηλώθηκαν αργότερα
- 10.8 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.
- 10.9 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).
- 10.10 Η κάλυψη ισχύει για ζημιές που θα γεννηθούν και δηλωθούν εντός της περιόδου ισχύος της ασφαλιστικής κάλυψης.
- 10.11 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 εκειθέτως, 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 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:

- 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,
- στη φέρυνη 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 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, δικηγόρους, 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 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 εταιρίες για την παροχή της κάλυψης εισπρακτόρες ή εταιρίες εισπραχθείσας ασφαλιστρου, συνεργαζόμενες εταιρίες ενημέρωσης οφειλτών, πραγματογνώμονες, ερευνητές, συνεργαζόμενα/ομάδες νοσοκομεία, κλινικές, νοσηλευτικά ιδρύματα, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, εταιρίες παροχής υπηρεσιών υγείας, εταιρίες παροχής συμβουλευτικών και ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας, ιατρικές, εταιρίες παροχής επίγειας μεταφοράς/αερομεταφοράς/διακομιδής, εταιρίες παροχής δεύτερης ιατρικής γνώμης/επίσης, 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, Υγιεινολογικές Περιφέρειες, Τελωνεία, Δ.Ο.Υ., Α.Α.Δ.Ε. (Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Εσόδων), Σ.Δ.Ο.Ε., Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Αστυνομικά Τμήματα, Εισπρακτικές Αρχές, ανεξάρτητες ελεγκτικές εταιρίες, κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους ή σε οποιαδήποτε άλλη αρμόδια αρχή, εφόσον αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για την πρόσβαση νομίμων δικαιωμάτων ή την εκπλήρωση υποχρεώσεων της Εταιρείας. Ειδικά δε στις ασφαλισίες του κλάδου ακινοτήτων, 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 επίγειας 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 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 εταιρίες παροχής επίγειας τεχνικής βοήθειας.

Ενημερώθηκα ότι η Εταιρεία θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για χρονικό 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 διένεξη 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 εταιρίες έρευνας 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 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](mailto:complaints@np-asfalistikl.gr), επισυνάπτοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρω στην ιστοσελίδα [www.np-asfalistikl.gr](http://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 δικαιώματος που θα βρείτε στην ιστοσελίδα [www.np-asfalistikl.gr](http://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 γίνεται 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](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)

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 συναίνω** σε αυτήν, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο.

Όνοματεπώνυμο   
Α.Φ.Μ.   
Υπογραφή

