

**ΚΩΔ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ**

--	--	--	--	--	--	--	--

**Γνωστοποίηση πληροφοριών σχετικά με τους διανομείς του ασφαλιστικού προϊόντος**

Διανομέας 1: ..... ΑΦΜ: ..... Ειδικό Μητρώο :.....

Διανομέας 2: ..... ΑΦΜ: ..... Ειδικό Μητρώο :.....

Διανομέας 3: ..... ΑΦΜ: ..... Ειδικό Μητρώο :.....

**Α Ι Τ Η Σ Η**  
**ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**  
**ΓΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΕΛΑΙΟΥΡΓΕΙΑ**

<b>ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ:</b>		
<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΠΙΧ/ΣΗΣ:</b>		
<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: οδός,</b>	<b>Αρ.</b>	<b>Τ.Κ.</b>
<b>ΠΟΛΗ:</b>	<b>ΤΗΛ:</b>	<b>FAX:</b>
<b>Α.Φ.Μ.:</b>	<b>Δ.Ο.Υ.:</b>	

<b>ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ: Από: _____ Έως: _____</b>					
<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ</b>					
	1 <sup>ο</sup> <input type="checkbox"/>	2 <sup>ο</sup> <input type="checkbox"/>	3 <sup>ο</sup> <input type="checkbox"/>	4 <sup>ο</sup> <input type="checkbox"/>	5 <sup>ο</sup> <input type="checkbox"/>
<b>ΚΑΛΥΨΕΙΣ - ΠΑΡΟΧΕΣ (ΚΑΤ'ΑΤΟΜΟ)</b>	<b>ΑΣΦ/ΝΑ ΚΕΦΑΛ.</b>	<b>ΑΣΦ/ΝΑ ΚΕΦΑΛ.</b>	<b>ΑΣΦ/ΝΑ ΚΕΦΑΛ.</b>	<b>ΑΣΦ/ΝΑ ΚΕΦΑΛ.</b>	<b>ΑΣΦ/ΝΑ ΚΕΦΑΛ.</b>
ΘΑΝΑΤΟΣ-ΜΟΑ-Μ.Μ.Α. ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	12.000 €	15.000 €	18.000 €	22.000 €	27.000 €
ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (το μήνα)	300 €	360 €	460 €	550 €	620 €
ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	300 €	380 €	500 €	600 €	750 €

Με την έγκριση αυτής της αίτησης, η ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.Ε.Γ.Α., θα εκδόσει Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, το οποίο θα παρέχει ασφαλιστικές καλύψεις μόνο στα πρόσωπα που αναγράφονται στη συνημμένη κατάσταση.

Ο Συμβαλλόμενος αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενημερώσει τους Ασφαλισμένους σχετικά με το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, τους Γενικούς, Ειδικούς και Ιδιαίτερους Όρους αυτού, όπως και για την επεξεργασία των προσωπικών τους δεδομένων, ενημέρωση για την οποία υπάρχει και στην ιστοσελίδα της εταιρίας [www.syndea.gr](http://www.syndea.gr).

Γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή δήλωση ή/και για αποσιώπηση, γνωστών σε μένα, περιστατικών που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την απόφαση της εταιρίας για ασφάλιση και να οδηγήσουν στην απαλλαγή της Εταιρίας από την καταβολή του ασφαλισματος, δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις μου είναι αληθινές, σωστές και πλήρεις, δεν παρέλειψα να αναφέρω κάτι και αποδέχομαι ότι η Εταιρία θα απαλλαγεί από την υποχρέωση καταβολής ασφαλισματος, εφόσον έχω πράξει διαφορετικά. Η παρούσα αίτηση, καθώς και όποιο άλλο έγγραφο απαιτηθεί, αποδέχομαι να αποτελέσει αναπόσπαστο τμήμα του υπό έκδοση ασφαλιστηρίου. Δηλώνω ότι μου ετέθησαν υπόψη οι γενικοί και ειδικοί όροι του υπό έκδοση ασφαλιστηρίου, τους οποίους και αποδέχομαι.

Δηλώνω, επίσης, πως έλαβα γνώση ότι :

- τα στοιχεία της αντισυμβαλλόμενης Εταιρίας είναι : Επωνυμία: ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ, Διακριτικός τίτλος: ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, Έδρα: Λ. Συγγρού 367, 1ος όροφος, ΤΚ 17564, Π. Φάληρο, ΑΦΜ: 094065956, ΔΟΥ: ΦΑΕ ΠΕΙΡΑΙΑ, Αρ. ΓΕΜΗ: 123465801000

- προταθέν εφαρμοστέο δίκαιο στη σύμβαση είναι το ελληνικό, το οποίο και αποδέχομαι και ότι αρμόδια δικαστήρια για την τυχόν επίλυση των διαφορών μας είναι τα δικαστήρια των Αθηνών

- τυχόν παράπονό μου από την Εταιρία, υποβάλλεται εγγράφως με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στη διεύθυνση [complaintdpt@syndea.gr](mailto:complaintdpt@syndea.gr), ή με φαξ στον αριθμό 2109403148 ή με το συμβατικό ταχυδρομείο ή και προσκομίζοντάς το έγγραφο παράπονο αυτοπροσώπως ή δια, εξουσιοδοτημένου

Σελίδα 1 από 3

από εμένα, προσώπου στην άνω διεύθυνση και ακολουθείται η διαδικασία της διαχείρισης αιτιάσεων της Εταιρίας (που είναι αναρτημένη στον ιστότοπο της εταιρίας [www.syndea.gr](http://www.syndea.gr), στο μενού «Εξυπηρέτηση Πελατών -> Υποβολή Παραπόνου»). Το αργότερο εντός 15 ημερών από την παραλαβή του παραπόνου από την Εταιρία, θα λάβω απάντηση, με την επιφύλαξη, σε κάθε περίπτωση, της δυνατότητας προσφυγής μου στη Δικαιοσύνη, εφόσον δεν ικανοποιηθώ και ενημερώθηκα ότι η διαδικασία αυτή δε διακόπτεται την παραγραφή τυχόν εννόμων αξιώσεών μου.

Αναφορικά με την επεξεργασία των στοιχείων, που υποβάλλω στην παρούσα αίτηση, δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί ότι τα στοιχεία αυτά συλλέγονται από την ασφαλιστική Εταιρία, με σκοπό τη διενέργεια των απαιτούμενων πράξεων για τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης, την οποία αιτούμαι (ενδεικτικά για την επικοινωνία μαζί μου, για την τιμολόγηση, για την αποδοχή ή απόρριψη της αίτησης κ.α.) και δεν είμαι υποχρεωμένος να τα δώσω, αν δεν επιθυμώ τη σύναψη σύμβασης. Η Εταιρία θα επεξεργάζεται τα στοιχεία αυτά και κάθε περαιτέρω στοιχείο, που δύναται να συλλέξει από εμένα ή από τρίτο, συμβαλλόμενο με αυτήν ή μη, μέρος, εξαιτίας ή εξ' αφορμής της παρούσας αίτησης ή της σύμβασης, που τυχόν συναφθεί, για την εκτέλεση της σύμβασης (στην οποία περιλαμβάνεται η παροχή ασφαλιστικής κάλυψης, καταβολή ασφαλιστικής αποζημίωσης σε εμένα ή σε τρίτο) και για τη συμμόρφωσή της με έννομη υποχρέωσή της ή για την την προάσπιση των εννόμων συμφερόντων της, όπως π.χ. η εξώδικη και δικαστική αντίκρουση, θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη αξιώσεων. Η Εταιρία μπορεί να διαβιβάζει σε τρίτους, με τις κατάλληλες εγγυήσεις προστασίας, τα στοιχεία σε όποιον, βάσει κανονιστικής πράξης ή νομοθεσίας, δικαιούται να τα λάβει, στους Αντασφαλιστές με τους οποίους συμβάλλεται, εντός και εκτός ΕΕ, όπως και σε Εταιρία του ίδιου ομίλου εντός ΕΕ, στους συμβαλλόμενους με αυτήν εκτελούντες την επεξεργασία, όπως ενδεικτικά ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, παρόχους υπηρεσιών φύλαξης αρχείων, υπηρεσιών εκπλήρωσης εκπαιδευτικών καλύψεων, δικηγόρους, ερευνητές, πραγματογνώμονες, σε δικαστικές και δημόσιες αρχές. Η Εταιρία μπορεί να επεξεργάζεται τα στοιχεία αυτά για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την εκπλήρωση του εκάστοτε σκοπού επεξεργασίας.

Ενημερώθηκα ότι έχω τα εξής δικαιώματα, ακριβείς πληροφορίες για τα οποία μπορώ να λάβω από τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Εταιρίας, αλλά και να προβώ στην άσκησή τους, στο E-mail: [dpo@syndea.gr](mailto:dpo@syndea.gr): Δικαίωμα πρόσβασης: έχω δικαίωμα να λάβω οποτεδήποτε επιβεβαίωση από την εταιρία για το κατά πόσο ή όχι τα δεδομένα που με αφορούν υφίστανται επεξεργασία και αν υφίστανται έχω δικαίωμα πρόσβασης σε αυτά και στις πληροφορίες γι' αυτά που προβλέπονται από το νόμο. Έχω δικαίωμα να λάβω αντίγραφο των δεδομένων που με αφορούν αλλά και δικαίωμα (Δικαίωμα στη φορητότητα) να λάβω τα δεδομένα σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο και αναγνώσιμο από μηχανήματα μορφότυπο, όπως και να διαβιβάζω τα δεδομένα σε άλλον, χωρίς αντίρρηση από την εταιρία Δικαίωμα διόρθωσης: δικαιούμαι να ζητήσω τη διόρθωση ανακριβών δεδομένων που με αφορούν. Δικαίωμα περιορισμού: δικαιούμαι να ζητήσω από την εταιρία να περιορίσει την επεξεργασία των δεδομένων μου, υπό τους όρους του νόμου. Δικαίωμα διαγραφής (δικαίωμα στη λήθη): δικαιούμαι να ζητήσω τη διαγραφή των δεδομένων, που με αφορούν με τους περιορισμούς του δικαιώματος αυτού που θέτει ο νόμος. Δικαίωμα εναντίωσης: δικαιούμαι να αντιτάσσομαι οποτεδήποτε στην επεξεργασία υπό τους όρους του νόμου. Δικαίωμα καταγγελίας: καταλαβαίνω ότι δικαιούμαι, εφόσον υπάρξει παραβίαση της προστασίας των προσωπικών μου δεδομένων, να υποβάλω καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, Τηλ.210 6475600, E-mail: [contact@dpa.gr](mailto:contact@dpa.gr).

Ειδικά για τα **ειδικής κατηγορίας προσωπικά δεδομένα** μου (άρθρο 9 παρ.1 Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων 679/2016 (GDPR), όπως π.χ. τα **δεδομένα υγείας**) ενημερώθηκα ότι, εφόσον τέτοια δεδομένα περιλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση ή/και είναι αναγκαία να λάβει η Εταιρία, εξαιτίας ή εξ' αφορμής της σύμβασης, που τυχόν συναφθεί μεταξύ μας, η επεξεργασία τους μπορεί να λάβει χώρα, όπως περιγράφηκε παραπάνω, με σκοπό τη συμμόρφωση με υποχρεώσεις, που επιβάλλει το εργατικό ή το κοινωνικής ασφάλισης δικαίο ή τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη, εξώδικα και δικαστικά, νομικής αξίωσης.

Επιπλέον **συγκατατίθεμαι**, με την παρούσα, στην επεξεργασία των ειδικής κατηγορίας προσωπικών δεδομένων μου και σε περίπτωση που νόμιμα εκπροσωπώ ανήλικο στην επεξεργασία των προσωπικών του δεδομένων, όπως αυτή περιγράφηκε παραπάνω, για τους κάτωθι σκοπούς : α) για την εκτίμηση του κινδύνου στο πλαίσιο της σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, του καθορισμού των γενικών και ειδικών όρων της σύμβασης αυτής, καθώς και του ανάλογου ασφαλιστή, β) για τη διαχείριση και εκτέλεση 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 της καταβολής ασφαλισματος, γ) για την προστασία των εννόμων συμφερόντων της Εταιρίας όπως π.χ. αντίκρουση αξιώσεων, εξώδικα και δικαστικά και για την πρόληψη και καταστολή της ασφαλιστικής απάτης, δ) για την εκπλήρωση εννόμων υποχρεώσεών της, όπως π.χ. για τη συμμόρφωση με τη νομοθεσία. Ενημερώθηκα ότι πλέον των άνω δικαιωμάτων μου, έχω δικαίωμα, αναφορικά με τη συγκατάθεση επεξεργασίας των ειδικής κατηγορίας δεδομένων μου, να ανακαλέσω αυτήν ανά πάσα στιγμή, με απλή, έγγραφη, δήλωση προς τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων, στα άνω στοιχεία επικοινωνίας, χωρίς, όμως, η ανάκληση αυτή να θίγει τη νομιμότητα της επεξεργασίας, που έλαβε χώρα πριν την ανάκληση.

Αναλυτικότερες πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων από την Εταιρία ενημερώθηκα ότι βρίσκονται στην ιστοσελίδα της Εταιρίας [www.syndea.gr](http://www.syndea.gr).

Ακολουθεί :

**ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ**

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Η παρούσα κατάσταση αποτελεί συνέχεια της Αίτησης του Συμβαλλομένου με την οποία ζητά την ασφάλιση των πιο κάτω ατόμων.

ΕΠΩΝΥΜΟ - ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝ/ΣΗΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

\_\_\_\_\_ (Τόπος) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ (Ημερομηνία)

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ

\_\_\_\_\_  
Υπογραφή

\_\_\_\_\_  
Υπογραφή