

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ BioDiagnosis			
ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ EUROBANK	ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖΑ ALPHA	ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ
0026.0238.290200607897	5055-063587-769	3590 0232 0005 763	614/470500-99
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ:		ΑΡΙΘ. ΑΣΦΑΛΙΣΤ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:	
Συντονιστής ασφαλιστικών πρακτόρων			
ΚΩΔΙΚΟΣ: 11041	ΕΠΩΝΥΜΙΑ: ΜΕΓΚΑ	ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΑΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΑΝΩΝΥΜΗ	Α.Φ.Μ.: 998300503
Ασφαλιστικός διαμεσολαβητής που διατηρεί σύμβαση με την Εταιρεία			
ΚΩΔΙΚΟΣ: 20635	ΕΠΩΝΥΜΙΑ: ΜΕΓΚΑ	ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΑΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΑΝΩΝΥΜΗ	Α.Φ.Μ.: 998300503
Ασφαλιστικός διαμεσολαβητής που έρχεται σε άμεση επαφή με τον πελάτη ("Διαμεσολαβών")			
ΚΩΔΙΚΟΣ:	ΕΠΩΝΥΜΙΑ:	Α.Φ.Μ.:	Α.Μ.:
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΗ			
ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ:			ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	Α.Φ.Μ.:	Δ.Ο.Υ.:	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:
ΦΥΛΟ: <input type="checkbox"/> ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/> ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΛΗΠΤΗ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:		
ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:	ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:		
ΔΙΕΥΘ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΟΔΟΣ:	ΑΡ:	ΠΟΛΗ:	Τ.Κ.:
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:	ΚΙΝΗΤΟ:	E-MAIL:	
ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΛΗΠΤΗ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:			
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:			ΗΜ.ΓΕΝ.:
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	Α.Φ.Μ.:	Δ.Ο.Υ.:	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:
ΦΥΛΟ: <input type="checkbox"/> ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/> ΓΥΝΑΙΚΑ	ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:		ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:
ΔΙΕΥΘ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΟΔΟΣ:	ΑΡ:	ΠΟΛΗ:	Τ.Κ.:
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:	ΚΙΝΗΤΟ:	E-MAIL:	
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ			
ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ:	ΗΜ.ΓΕΝ.:	ΑΔΤ:	ΣΧΕΣΗ:
ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ:	ΗΜ.ΓΕΝ.:	ΑΔΤ:	ΣΧΕΣΗ:
ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ:	ΗΜ.ΓΕΝ.:	ΑΔΤ:	ΣΧΕΣΗ:
ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ:	ΗΜ.ΓΕΝ.:	ΑΔΤ:	ΣΧΕΣΗ:
ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ			
<p>Με την παρούσα δηλώνω ότι όλες οι λεπτομέρειες που παρασχέθηκαν στο παρόν έντυπο δήλωσης Υγείας είναι ακριβείς και πλήρεις. Εάν οι οποιοδήποτε λεπτομέρειες που κατέγραψα αποδεχθούν ανακριβείς ή ατελείς, η Interasco Α.Ε.Γ.Α. θα θεωρηθεί απαλλαγμένη από οποιοδήποτε δεσμεύσεις και υποχρεώσεις απέναντί μου.</p> <p>Οι απαντήσεις που ορίζονται στη δήλωση Υγείας και κάθε άλλη πληροφορία που θα δοθεί στην Interasco Α.Ε.Γ.Α. θα χρησιμοποιηθεί ως θεμελιώδης προϋπόθεση για το Ασφαλιστήριο συμβόλαιο μεταξύ της Interasco Α.Ε.Γ.Α. και εμού, και θα αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα αυτού.</p> <p>Με το παρόν δηλώνω, συναινών και δεσμεύομαι ότι:</p> <p>1.1 Όλες οι απαντήσεις που έδωσα είναι ακριβείς και πλήρεις και τις παρέixa με τη θέλησή μου.</p> <p>1.2 Γνωρίζω τους όρους του συμβολαίου και ιδίως τις εξαιρέσεις.</p> <p>1.3 Γνωρίζω ότι κάθε κάλυψη διαθέτει δική της περίοδο αναμονής.</p> <p>1.4 Ο ασφαλιστής διατηρεί το δικαίωμα να αποδεχθεί ή να απορρίψει την πρόταση χωρίς να χρειάζεται να δικαιολογήσει την απόφασή του. Είμαι πλήρως ενημερωμένος ότι το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο θα τεθεί σε ισχύ μόνο αφού η εταιρεία εκδόσει συμβόλαιο, και μετά την πλήρη καταβολή της πρώτης δόσης του ασφαλιστρού.</p> <p>1.5 Έλαβα γνώση των εντύπων της INTERASCO Α.Ε.Γ.Α. που συνοδεύουν την παρούσα πρόταση ασφάλισης, και συγκεκριμένα διάβασα και ενημερώθηκα πλήρως για όσα αναγράφονται : - στο παρακάτω Ενημερωτικό Έντυπο Πληροφοριών κατ' άρθρο 150 ν. 4364/2016, - στο έντυπο Ενημέρωση για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων – Δηλώσεις Συγκατάθεσης, της INTERASCO Α.Ε.Γ.Α. ως Υπευθύνου Επεξεργασίας, κατ' εφαρμογή του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων ΕΕ 679/2016 (ΓΚΠΔ), το οποίο υπογράφη, έχοντας ενημερωθεί πλήρως για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου και των αντίστοιχων δικαιωμάτων μου από αυτήν, - στο Έντυπο Πληροφοριών του ασφαλιστικού προϊόντος.</p> <p>1.6 Για την πληροφόρησή μου σχετικά με την αυτούμενη ασφάλισή μου, καθώς και σχετικά με την παραλαβή του ασφαλιστηρίου συμβολαίου που θα εκδοθεί με βάση την παρούσα, όπως και όλων των εγγράφων και σχετίζονται με αυτό :</p> <p><input type="checkbox"/> Συναινών να λαμβάνω γνώση όλων των ανωτέρω ηλεκτρονικά, στη διεύθυνση email που δηλώνω στην πρώτη σελίδα της παρούσας ή όποια άλλη σας δηλώσω μελλοντικά εγγράφως, ή και μέσω του διαδικτυακού τόπου www.interasco.gr και του αντίστοιχου λογαριασμού μου σε αυτό,</p> <p>ή</p> <p><input type="checkbox"/> Επιθυμώ να λαμβάνω τα εν λόγω έγγραφα σε έντυπη μορφή.</p>			

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΛΗΠΤΗΣ (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

Ο ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)
(Σε περίπτωση ανηλίκου υπογραφή από γονέα)

Interasco Α.Ε.Γ.Α. Ανώνυμος Εταιρεία Γενικών Ασφαλίσεων

Βας. Γεωργίου 44 & Κάλβου, 15233 Χαλάνδρι-Αττικής

ΑΦΜ:998848308, ΔΟΥ: ΦΑΕ Αθηνών, Γ.Ε.ΜΗ. : 7057801000

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ - ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Η **INTERASCO ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ Α.Ε.Γ.Α.** (η INTERASCO Α.Ε.Γ.Α. ή η Εταιρεία), η οποία εδρεύει στο Χαλάνδρι Αττικής, στην οδό Βασ. Γεωργίου Β' αρ. 44 & Κάλβου, ΤΚ 15233, τηλ. 2106793100, email : info@interasco.gr (τα στοιχεία επικοινωνίας),

σας ενημερώνει με το παρόν έντυπο, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων ΕΕ 679/2016 (ο ΓΚΠΔ), με την ιδιότητά της ως **Υπεύθυνος Επεξεργασίας**, για την ορθή και σύνομη χρήση των δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα (τα δεδομένα), τα οποία μας παρέχετε, είτε με την αίτηση ασφάλισης ή υποβολής προσφοράς ασφάλισης, είτε ως συμβαλλόμενος/η λήπτης ασφάλισης ή ασφαλισμένος/η, ή και ως δικαιούχος ασφάλισματος, και κατά τις προβλέψεις του Ν. 2496/1997, και τα οποία δεδομένα επεξεργάζομαστε αποκλειστικά για τους παρακάτω σκοπούς.

1. Πηγή πληροφόρησης και είδη δεδομένων.

1.1. Κατά την υποβολή της αίτησής σας, σε προσυμβατικό στάδιο, ή κατά τη διάρκεια της ασφαλιστικής σας σύμβασης, στο πλαίσιο της διαχείρισης, εκτέλεσης ή ανανέωσης της, καθώς και στο στάδιο διακανονισμού ασφαλιστικής αποζημίωσης, συλλέγονται οι απαραίτητες πληροφορίες για την εκτέλεση της σύμβασης και την ικανοποίηση κάθε σχετικού αιτήματος. Οι εν λόγω πληροφορίες περιλαμβάνονται αντίστοιχα στη σχετική αίτηση, στο ασφαλιστήριο σας, και στα συνοδευτικά αυτών ερωτηματολόγια, έγγραφα και δικαιολογητικά, όπως μας τις έχετε γνωστοποιήσει ή μας τις γνωστοποιείτε, όταν απαιτείται, προφορικά ή με άλλον τρόπο, έγγραφο ή ηλεκτρονικό, μέσω των εξουσιοδοτημένων υπαλλήλων μας ή και των συνεργαζόμενων μαζί μας διαμεσολαβητών.

1.2. Οι κατά τα άνω συλλεγόμενες πληροφορίες μπορεί να ανήκουν στις ακόλουθες κατηγορίες δεδομένων: **α)** δεδομένα ταυτοποίησης και επικοινωνίας (π.χ. ονοματεπώνυμο, επώνυμο, ΑΦΜ, Δ.Ο.Υ, ΑΜΚΑ, ΑΔΤ, αριθμός διαβατηρίου, κοινωνικό ταμείο, ημερομηνία γέννησης, φύλο, διεύθυνση, τηλέφωνο, σταθερό και κινητό, email), **β)** δεδομένα πληρωμής (π.χ. τρόποι πληρωμής, τραπεζικοί λογαριασμοί, πιστωτικές κλπ. κάρτες), **γ)** δεδομένα ασφάλισης, ειδικών κατηγοριών, συμπεριλαμβανομένων ευαίσθητων δεδομένων υγείας, ή μη, απαραίτητα για την εκτίμηση και σύνταξη ασφαλιστικής σύμβασης, **δ)** δεδομένα διακανονισμού, απαραίτητα για τη διαχείριση απαίτησης καταβολής αποζημίωσης ή καταβολής ασφάλισματος, και κάθε επιπλέον στοιχείο, πληροφορία ή πρόσθετο δικαιολογητικό, το οποίο, ανά περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου, κρίνεται σκόπιμο να ζητηθεί καθόσον αφορά στο συμβάν και στις περιστάσεις υπό τις οποίες αυτό συνέβη, και στο οποίο ενδεχομένως συμπεριλαμβάνονται προσωπικά σας δεδομένα.

2. Σκοποί επεξεργασίας.

Οι σκοποί για τους οποίους γίνεται επεξεργασία των δεδομένων σας συνίστανται:

- στην εκτίμηση του κινδύνου, προσυμβατικά ή και κατά τη διάρκεια ισχύος ασφαλιστικής σύμβασης, στον καθορισμό γενικών και ειδικών όρων ασφάλισης και του ανάλογου ασφαλιστρού,
- στη διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, κατά τη διάρκεια ισχύος ή και μετά τη λήξη της, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου, του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου ή της καταβολής του προβλεπόμενου στους όρους της σύμβασης ποσού (ασφάλισματος),
- στη συμμόρφωση της Εταιρείας μας 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 ασφάλισης του υποκειμένου,
- στη δυνατότητα της Εταιρείας μας να επικοινωνεί μαζί σας για την επικαιροποίηση των στοιχείων σας, για να απαντήσει σε σχετικό αίτημά σας, καθώς και για ενημέρωσή σας ως προς την παροχή αναβαθμισμένων ασφαλιστικών υπηρεσιών και προώθηση νέων ασφαλιστικών προϊόντων της.

3. Αποδέκτες:

- η Εταιρεία μας και το εξουσιοδοτημένο προσωπικό της.
- τρίτα πρόσωπα, φυσικά ή νομικά, με τα οποία συνεργάζεται η Εταιρεία στο πλαίσιο της νόμιμης λειτουργίας και εκτέλεσης της ασφαλιστικής σύμβασης, και τα οποία ως εκτελούντες την επεξεργασία κατ' εντολή μας δεσμεύονται συμβατικά με τους κατάλληλους όρους για την προστασία των δεδομένων σας, όπως ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές, πάροχοι υπηρεσιών βοήθειας, πάροχοι υγείας, συμπεριλαμβανομένης ειδικότερα της εταιρείας Mednet Α.Ε., η οποία παρέχει στην Εταιρεία μας το σύνολο των υποστηρικτικών υπηρεσιών των προγραμμάτων υγείας, πάροχοι φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, ταχυδρομικών υπηρεσιών και υπηρεσιών ταχυμεταφορών, συμπ/ων ΕΛΤΑ, δικηγόροι, ερευνητές, πραγματογνώμονες,
- Τράπεζες, στο πλαίσιο της διαδικασίας πάγιας χρέωσης τραπεζικού λογαριασμού/πιστωτικής κάρτας, ΔΙΑΣ ΑΕ, Υπηρεσίες και Οργανισμοί, σε εκπλήρωση σχετικών νόμων και συμβατικών υποχρεώσεων μας,
- η μητρική μας εταιρεία HAREL Insurance Investments & Financial Services Ltd., η οποία εδρεύει στο Ισραήλ και στον Όμιλο της οποίας ανήκει η Εταιρεία μας, στην οποία διαβιβάζονται απλά, και όχι ειδικά κατηγοριών, δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, στο βαθμό που απαιτείται για λόγους αναφοράς και έγκρισης συμβάσεων,
- έλλες (αντ)ασφαλιστικές εταιρίες, μετά από υποβολή νόμιμου αιτήματος, στο πλαίσιο αντίστοιχων συνεργασιών που έχουμε συνάψει με όρους κατάλληλους για την προστασία των δεδομένων σας, στ. δημόσιες / δικαστικές αρχές.

Η Εταιρεία δεν αποκαλύπτει με οποιονδήποτε τρόπο τα προσωπικά σας δεδομένα σε τρίτους, οι οποίοι δεν σχετίζονται με την παροχή καλύψεων και υπηρεσιών που συνδέονται με και απορρέουν από το ασφαλιστήριο σας, εκτός εάν αυτό απαιτείται από τη νομοθεσία ή από νόμιμο αίτημα ή εντολή δημόσιας αρχής.

4. Διαβίβαση σε τρίτη χώρα: Μόνον αν είναι απολύτως αναγκαίο, η Εταιρεία μπορεί να μεταφέρει ορισμένα προσωπικά δεδομένα εκτός ΕΟΧ, και δη στη μητρική της εταιρεία HAREL Insurance Investments & Financial Services Ltd., στο Ισραήλ, υπό τις προϋποθέσεις των άρθρων 44 κλ επ. του ΓΚΠΔ, λαμβάνοντας υπόψη ότι παρέχονται οι κατάλληλες εγγυήσεις και τα δεδομένα σας θα συνεχίζουν να προστατεύονται, βάσει απόφασης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ή μέσω τυποποιημένων συμβατικών ρητρών, σε μορφή εγκεκριμένη από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

5. Χρονικό διάστημα διατήρησης: Καθόλη τη διάρκεια της ασφαλιστικής σύμβασης, ή άλλης μεταξύ μας συμβατικής σχέσης, και για το απαιτούμενο μετά τη λήξη της χρονικό διάστημα μέχρι 20 (είκοσι) χρόνια. Σε περίπτωση μη σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης διατηρούμε τα δεδομένα σας μέχρι 5 (πέντε) χρόνια από τη γνωστοποίηση σε μας της μη σύναψης σύμβασης. Οι ως άνω χρόνοι δύναται να παραταθούν εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας και μέχρι την περαίωσή της με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

6. Αυτοματοποιημένη λήψη απόφασης: Για την εκτίμηση του προφίλ κινδύνου και τη λήψη εκ μέρους της Εταιρείας απόφασης επί της αίτησης ασφάλισης, διενεργούνται από την Εταιρεία πράξεις επεξεργασίας των δεδομένων σας με την υποστήριξη αυτοματοποιημένων διαδικασιών, με σκοπό ειδικότερα να εκτιμηθεί ο υπό ανάληψη κίνδυνος και να καθοριστεί η Εταιρεία (i) εάν η αίτησή σας να ασφαλιστείτε είναι αποδεκτή ή απορρίπτεται, (ii) σε περίπτωση αποδοχής, το κατάλληλο και αναλογικό ύψος του ασφαλιστρού και τους τυχόν ειδικούς όρους υπό τους οποίους μπορεί να συναφθεί το επιθυμούμενο από εσάς ασφαλιστικό πρόγραμμα.

Πιο αναλυτικά, οι εν λόγω αυτοματοποιημένες διαδικασίες βασίζονται σε μαθηματικές/στατιστικές αναλύσεις των κρίσιμων από άποψη ασφαλιστικής τεχνικής παραμέτρων που καθιστούν δυνατή την αντικειμενική αξιολόγηση του κινδύνου και την ένταξή του σε ομοιογενή ομάδα κινδύνων με βάση τη συχνότητα και την ένταση των ζημιών που ενδέχεται να επιφέρει, ως και την ορθή τιμολόγησή του.

Κατά τη διάρκεια ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης ενδέχεται να γίνεται χρήση αυτοματοποιημένων διαδικασιών προκειμένου να διενεργούνται έλεγχοι για σκοπούς ξεπλύματος χρήματος, αποτροπής της απάτης και συμμόρφωσης μας με τη νομοθεσία για την αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών σχετικών με χρηματοοικονομικούς λογαριασμούς και την εν γένει νομοθεσία.

Στο πλαίσιο της άνω Επεξεργασίας, διατηρείτε το δικαίωμα να διατυπώσετε την άποψή σας επί απόφασης που ελήφθη με βάση αυτήν ή και να αμφισβητήσετε τέτοια απόφαση, καθώς και να εναντιωθείτε, σε οποιαδήποτε τέτοια απόφαση, εάν βασίζεται αποκλειστικά σε αυτοματοποιημένη επεξεργασία και παράγει έννομα αποτελέσματα για εσάς ή σας επηρεάζουν σημαντικά.

7. Δικαιώματα υποκειμένου δεδομένων:

Σύμφωνα με τα οριζόμενα στον ΓΚΠΔ, έχετε τα παρακάτω δικαιώματα :

- ενημέρωσης, για το πώς χρησιμοποιούνται τα προσωπικά σας δεδομένα.
- πρόσβασης (άρθρο 15 ΓΚΠΔ) στα προσωπικά σας δεδομένα που συλλέξαμε από εσάς και τελούν υπό επεξεργασία δυνάμει της ασφαλιστικής σύμβασης. Σημειώνεται ότι θα σας παράσχομε αντίγραφο των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατόπιν σχετικού αιτήματος, με την επιφύλαξη του δικαιώματός μας να επιβάλουμε την καταβολή εύλογου κόστους για τυχόν επιπλέον αντίγραφα.
- διόρθωσης (άρθρο 16 ΓΚΠΔ) τυχόν ανακριβών, ή συμπλήρωσης ελλείπων, προσωπικών πληροφοριών ή στοιχείων του λήπτη της ασφάλισης/ασφαλιζόμενου.
- διαγραφής («δικαίωμα στη λήξη») (άρθρο 17 ΓΚΠΔ) εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επιδίωξη των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεγεί. Το δικαίωμα διαγραφής δεν μπορεί να εφαρμοσθεί στο βαθμό που η επεξεργασία είναι απαραίτητη από πλευράς της Εταιρείας για την τήρηση νομικής υποχρέωσης, η οποία επιβάλλεται από το ενωσιακό ή εθνικό δίκαιο, όπως ιδίως στις περιπτώσεις συμμόρφωσης με τους Ν. 4428/2016 και 4493/2017, για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη νομικών αξιώσεων ή και την απόκρουση υφιστάμενων ή δυνητικών νομικών αξιώσεων του Υποκειμένου ή τρίτου, για σκοπούς αρχειοθέτησης, επιστημονικής ή ιστορικής έρευνας ή για στατιστικούς σκοπούς, εφόσον τα δεδομένα είναι κρυπτογραφημένα, για σκοπούς καταπολέμησης της ασφαλιστικής εξαπάτησης.
- περιορισμού της χρήσης των προσωπικών σας δεδομένων (άρθρο 18 ΓΚΠΔ) σε περίπτωση π.χ. αμφισβήτησης της ακρίβειάς τους.
- εναντίωσης (άρθρο 21 ΓΚΠΔ) στην επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων
- φορητότητας, να λάβετε τα δεδομένα που έχετε οι ίδιοι παράσχει σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο.
- ανάκληση ανά πάσα στιγμή ήδη δοθείσας συγκατάθεσης σας (άρθρο 7 ΓΚΠΔ), δηλαδή οποιαδήποτε στιγμή έχετε δικαίωμα να ανακαλέσετε τη συγκατάθεση για επεξεργασία που γίνεται με βάση την συγκατάθεση, την οποία μας παρέχετε ήδη και με την παρούσα. Η νομιμότητα της επεξεργασίας των δεδομένων σας δεν επηρεάζεται από την ανάκληση της συγκατάθεσης έως το χρονικό σημείο που αιτήθηκε την ανάκληση. Σας ενημερώνουμε ωστόσο ότι σε περίπτωση ανάκλησης συγκατάθεσής σας ως προς δεδομένα, η επεξεργασία των οποίων είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης, διατηρούμε το δικαίωμα να καταγγείλουμε τη σύμβασή, καθώς δεν θα μπορούμε πλέον να παρέχουμε τις υπηρεσίες μας, ενώ εφόσον ανάκληση συγκατάθεσης γίνει κατά το προσυμβατικό στάδιο, δικαιούμαστε να ανηρθούμε τη σύναψη της σύμβασης.

Interasco Α.Ε.Γ.Α. Ανώνυμος Εταιρεία Γενικών Ασφαλίσεων

Βασ. Γεωργίου 44 & Κάλβου, 15233 Χαλάνδρι-Αττικής

Για περισσότερες πληροφορίες και για να ασκήσετε τα δικαιώματά επίσης, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα επίσης www.interasco.gr, ή να απευθυνθείτε στα ανωτέρω στην 1^η σελίδα στοιχεία επικοινωνίας επίσης Εταιρεία επίσης, ή να επικοινωνήσετε στην ηλεκτρονική διεύθυνση του Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων (DPO) επίσης Εταιρείας τηλέφωνο 2106793192, στο email : dpo@interasco.gr ή με fax στο 210 6776281.

Σε περίπτωση άσκησης οποιοδήποτε εκ των δικαιωμάτων επίσης, θα λάβουμε κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή του εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη λήψη επίσης σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή του, ή επίσης λόγους που εμποδίζουν την άσκηση.

Έχετε επίσης δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Α. Κηφισίας 1-3, Αθήνα, Τ.Κ. 115 23, +30 210 6475600, www.dpa.gr)

Δηλώσεις συγκατάθεσης:	
Επεξεργασία δεδομένων ειδικών κατηγοριών	
<p>Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου ειδικών κατηγοριών και τήρησης αυτών σε ένα ή περισσότερα αρχεία κατά την έννοια του νόμου. Σε περίπτωση ασφαλιζόμενου ανήλικου κάτω των 15 ετών, η παρούσα συγκατάθεσή μου παρέχεται εγκύρως και υπό την ιδιότητά μου ως γονιού ή κηδεμόνα του ανήλικου, εγκρίνοντας στο πλαίσιο αυτής ως σύννομη την άνω επεξεργασία.</p> <p>Παρέχω τη ρητή συγκατάθεση και άδεια μου στο ασφαλιστικό ταμείο του οποίου είμαι μέλος και/ή τα ιατρικά του ιδρύματα, καθώς και σε όλους τους ιατρούς και άλλα ιατρικά ιδρύματα και νοσοκομεία και/ή σε όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες και/ή σε κάθε ίδρυμα ή άλλο φορέα ή φυσικό πρόσωπο να παρέχει στην INTERASCO A.E.F.A κάθε λεπτομέρεια συμπεριλαμβανομένων των προσωπικών δεδομένων μου και δη των τηρούμενων στον ηλεκτρονικό Φάκελο Ασφάλισης Υγείας του ΕΟΠΥΥ, άνευ εξαίρεσης, και κατά τον τρόπο που θα ζητηθεί από την Εταιρεία, σχετικά με την κατάσταση υγείας μου και/ή κάθε ασθένεια που έχω εκδηλώσει στο παρελθόν και/ή από την οποία πάσχω αυτή την στιγμή και/ή από την οποία θα πάσχω στο μέλλον. Δια της παρούσης αποδεσμεύω την INTERASCO A.E.F.A από την υποχρέωση διαφύλαξης ιατρικού απορρήτου και αποποιούμαι το εν λόγω απόρρητο απέναντι στην INTERASCO A.E.F.A. Η εν λόγω δήλωση αποποίησης δεσμεύει εμένα και τους νομικούς εκπροσώπους μου καθώς και οποιονδήποτε ειδικό ή καθολικό διάδοχο μου.</p>	<p>Ναι παρέχω τη <input type="checkbox"/> συγκατάθεσή μου</p> <p>Ναι παρέχω τη <input type="checkbox"/> συγκατάθεσή μου</p>
Επεξεργασία δεδομένων για σκοπούς marketing	
<p>Ενημερώθηκα ρητώς, ότι η INTERASCO A.E.F.A. θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της ίδιας της Εταιρείας ή άλλων εταιριών του ομίλου στον οποίο ανήκει, ή για σκοπούς έρευνας σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών εκ μέρους της και προς τούτο παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου. Για την επίτευξη του ως άνω σκοπού ενδέχεται να διαβιβαστούν δεδομένα μου σε συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών. Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας ενημερώθηκα για το δικαίωμά μου να εναντιωθώ ανά πάσα στιγμή σε αυτήν μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στα στοιχεία επικοινωνίας της INTERASCO A.E.F.A.</p>	<p><input type="checkbox"/> Συναινώ</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν συναινώ</p>
Δήλωση ενημέρωσης	
<p>Δηλώνω ότι διαβάζοντας το παρόν έλαβα πλήρη και σαφή ενημέρωση για την επεξεργασία των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα που είναι απαραίτητα και παρέχω τη ρητή και σαφή συγκατάθεσή μου προς την ασφαλιστική εταιρεία INTERASCO A.E.F.A για την ως άνω καθ' όλα νόμιμη επεξεργασία των δεδομένων μου εκ μέρους της για τους σκοπούς της εκτέλεσης του αιτήματός μου, ή της μεταξύ μας σύμβασης ασφάλισης και των εξ αυτής απορρευουσών δεσμεύσεων, κι ειδικότερα έλαβα γνώση και του δικαιωμάτός μου να ανακαλέσω ανά πάσα στιγμή την παρούσα συγκατάθεσή μου, καθώς και των συνεπειών της τυχόν ανάκλησής.</p>	
ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΑΡΘΡΟΥ 150 ΠΑΡ. 1 Ν. 4364/2016	
<p>1. Επωνυμία Ασφαλιστικής Επιχείρησης: Interasco A.E.F.A. Ανώνυμος Εταιρεία Γενικών Ασφαλίσεων</p> <p>2. Εφαρμοστέο δίκαιο. Η ασφαλιστική σύμβαση διέπεται από το ελληνικό δίκαιο, δεδομένου και ότι ο ασφαλιζόμενος κίνδυνος κατά τη σύναψη της σύμβασης βρίσκεται στην Ελλάδα και ο ασφαλιζόμενος έχει τη συνήθη διαμονή του, ή το κέντρο δραστηριότητας ή την έδρα του, στην Ελλάδα.</p> <p>3. Τρόπος και χρόνος διαχείρισης των εγγράφων παραπόνων των ασφαλιζομένων. -Παράτονα μπορεί να υποβάλλονται με email στο complaints@interasco.gr ή φάξ στο 210 6776035 ή ταχυδρομικώς στη διεύθυνση των γραφείων της έδρας της Εταιρείας, υπόψη του υπεύθυνου διαχείρισης αιτιάσεων της Εταιρείας. Η διαδικασία διαχείρισης παραπόνων και τα στοιχεία επικοινωνίας βρίσκονται αναρτημένα στον επίσημο ιστότοπο της εταιρείας https://www.interasco.gr/Επικοινωνία. -Η Εταιρεία εντός ευλόγου χρόνου επιλαμβάνεται αρμοδίως για τη διευθέτηση των εγγράφων παραπόνων, απαντώντας εγγράφως και αιτιολογημένα στον αιτών, όχι πέραν των 50 ημερολογιακών ημερών. Εάν δεν είναι σε θέση να απαντήσει εντός του άνω χρονικού περιθωρίου, η Εταιρεία θα εξηγήσει γραπτώς τους λόγους καθυστέρησης αναφέροντας κατά προσέγγιση τον εκτιμώμενο χρόνο ολοκλήρωσης της διαδικασίας. -Σε περίπτωση μη ικανοποίησης ενός παραπόνου, ο αιτών μπορεί να προσφύγει στα αρμόδια όργανα, όπως για παράδειγμα στην Τράπεζα της Ελλάδος ή στο Συνήγορο του Καταναλωτή, ή σε άλλο τρίτο θεσμικό φορέα, με την επιφύλαξη της δυνατότητάς του να προσφύγει στα αρμόδια Δικαστήρια, σε περίπτωση μη επίλυσης του προβλήματος εξωδικαστικώς.</p>	
<p>Η πληρωμή του ασφαλιστρού με πάγια χρέωση τραπεζικού λογαριασμού ή πιστωτικής κάρτας και με ταχυπληρωμή παρέχεται σε συνεργασία με άλλους φορείς, ήτοι τράπεζες, ΕΛΤΑ κ.α. Η εταιρεία δεν ευθύνεται για οποιαδήποτε ζημιά προκληθεί εκ σφάλματος των εν λόγω φορέων ή των υπαλλήλων τους σε οποιοδήποτε στάδιο της σχετικής διαδικασίας.</p>	
<p>Ο κάτωθι υπογράφων παρέχω, κατόπιν της σχετικής ενημέρωσής μου, στην εταιρεία για τους σκοπούς της ασφαλιστικής σύμβασης τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου να επεξεργάζεται κατά την έννοια του Ν. 2472/97 τα προσωπικά δεδομένα μου που αναφέρονται στην παρούσα αίτηση και στο ασφαλιστήριο. Αναφορικά με τη διαδικασία πάγιας χρέωσης τραπεζικού λογαριασμού ή πιστωτικής κάρτας και την ταχυπληρωμή, αποδέκτης των προσωπικών δεδομένων μπορεί να είναι και συνεργαζόμενοι με την εταιρεία φορείς όπως ενδεικτικά ΔΙΑΣ ΑΕ, διαμεσολαβούσα τράπεζα, τράπεζα τήρησης του λογαριασμού, ΕΛΤΑ κ.α.</p>	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΛΗΠΤΗΣ (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

Ο ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)
(Σε περίπτωση ανήλικου υπογραφή από γονέα)

ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ 1 (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)*

ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ 2 (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)*

ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ 3 (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)*

ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ 4 (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)*

* Σε περίπτωση ανήλικου υπογραφή από γονέα

Interasco A.E.F.A. Ανώνυμος Εταιρεία Γενικών Ασφαλίσεων

Βας. Γεωργίου 44 & Κάλβου, 15233 Χαλάνδρι-Αττικής