

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ ΚΑΙ ΟΡΟΙ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ & ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΥΝΗΓΩΝ

ΣΧΕΔΙΟ Α

1. ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

| | |
|--|------------------------|
| ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ/ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΤ' ΑΤΟΜΟ | μέχρι € 30.000 |
| ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ | μέχρι € 15.000 |
| ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ & ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ ΑΝΑ ΑΤΥΧΗΜΑ) | μέχρι € 235.000 |
| ----- | |
| ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ | μέχρι € 880.500 |

Καλύπτεται και ο θάνατος κυνηγετικών σκύλων ιδιοκτησίας τρίτων κυνηγών λόγω ατυχήματος. Η κάλυψη ισχύει όταν οι σκύλοι χρησιμοποιούνται αποκλειστικά κατά την διάρκεια του κυνηγιού και το ποσό αποζημίωσης ορίζεται σε € 300 ανά σκύλο. Ανώτατο όριο κάλυψης τρεις (3) σκύλοι κατά τη διάρκεια ισχύος του συμβολαίου.

ΑΠΑΛΛΑΓΗ: Η Εταιρία θα απαλλάσσεται από το 10% σε κάθε υλική ζημιά με ελάχιστο το ποσό των €150

2. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Α) ΘΑΝΑΤΟΣ Η ΜΟΝΙΜΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

- Ασφαλιστική κάλυψη σε περίπτωση απώλειας ζωής από ατύχημα που θα συμβεί κατά την διάρκεια της κυνηγετικής δραστηριότητας κάθε μέλους του Συλλόγου: € 25.000
- ΜΟΑ (ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ) μέχρι € 25.000
- ΜΜΑ (ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ) ποσοστό επί των € 25.000 ανάλογα με το βαθμό ανικανότητας

Β) ΔΑΠΑΝΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Νοσοκομειακά έξοδα μέχρι € 600

Σε μονάδα εντατικής θεραπείας το ανωτέρω όριο διπλασιάζεται, δηλαδή ανέρχεται στο ποσό των € 1.200

Γ) ΠΡΟΣΚΑΙΡΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

Ημερήσια αποζημίωση €10 για τριάντα (-30-) ημέρες, σε περίπτωση ανικανότητας λόγω ατυχήματος κατά την κυνηγετική δραστηριότητα σε βαθμό που να μην μπορεί να εξασκήσει το επάγγελμά του, με βασική προϋπόθεση την εισαγωγή του ασφαλιζόμενου σε νοσοκομείο ή κλινική και παραμονής του τουλάχιστον τρεις (-3-) ημέρες.

ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΑΝΑ ΑΤΥΧΗΜΑ (ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ) € 300.000

ΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Το μικτό κόστος περιόδου ανά κυνηγό ορίζεται στο ποσό των: **€ 3,00**

Το ελάχιστο πλήθος ασφαλισμένων ορίζεται στα 200 άτομα

ΣΧΕΔΙΟ Β
1. ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

| | |
|--|------------------------|
| ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ/ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΤ' ΑΤΟΜΟ | μέχρι € 30.000 |
| ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ | μέχρι € 15.000 |
| ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ & ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ ΑΝΑ ΑΤΥΧΗΜΑ) | μέχρι € 235.000 |
| ----- | |
| ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ | μέχρι € 880.500 |

Καλύπτεται και ο θάνατος κυνηγετικών σκύλων ιδιοκτησίας τρίτων κυνηγών λόγω ατυχήματος. Η κάλυψη ισχύει όταν οι σκύλοι χρησιμοποιούνται αποκλειστικά κατά την διάρκεια του κυνηγιού και το ποσό αποζημίωσης ορίζεται σε € 300 ανά σκύλο. Ανώτατο όριο κάλυψης τρεις (-3-) σκύλοι κατά την διάρκεια ισχύος του συμβολαίου.

ΠΑΛΛΑΓΗ: Η Εταιρία θα απαλλάσσεται από το 10% σε κάθε υλική ζημιά με ελάχιστο το ποσό των €150.

2. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ
Α) ΘΑΝΑΤΟΣ Η ΜΟΝΙΜΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

- Ασφαλιστική κάλυψη σε περίπτωση απώλειας ζωής από ατύχημα που θα συμβεί κατά την διάρκεια της κυνηγετικής δραστηριότητας κάθε μέλους του Συλλόγου: € 25.000
- ΜΟΑ (ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ) μέχρι € 25.000
- ΜΜΑ (ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ) ποσοστό επί των € 25.000 ανάλογα με το βαθμό ανικανότητας

Β) ΔΑΠΑΝΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Νοσοκομειακά έξοδα μέχρι € 600.

Σε μονάδα εντατικής θεραπείας το ανώτερο όριο διπλασιάζεται, δηλαδή ανέρχεται στο ποσό των € 1.200.

Γ) ΕΠΙΔΟΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ & ΠΡΟΣΚΑΙΡΟΥ ΟΛΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

Για κάθε ημέρα παραμονής (νοσηλεία) εντός νοσοκομείου ή κλινικής καταβάλλεται ανεξάρτητα από τις πραγματικές δαπάνες του ασφαλιζόμενου ποσό € 15 και με ανώτατο όριο τις εξήντα (-60-) ημέρες. Επίσης για το ίδιο χρονικό διάστημα που παρέμεινε στο νοσοκομείο ή την κλινική και με ανώτατο όριο τις εξήντα (-60-) ημέρες, θα καταβάλλεται ποσό € 15 ημερησίως εκτός του νοσοκομείου ή κλινικής λόγω πρόσκαιρης ολικής ανικανότητάς του συνεπεία ατυχήματός του σε βαθμό που να μην μπορεί να εξασκήσει το επάγγελμά του.

ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΑΝΑ ΑΤΥΧΗΜΑ (ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ) € 300.000

ΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Το μικτό κόστος περιόδου ανά κυνηγό ορίζεται στο ποσό των: **€ 2,80**

Το ελάχιστο πλήθος ασφαλισμένων ορίζεται στα 200 άτομα

ΣΧΕΔΙΟ Γ
1. ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

| | |
|--|------------------------|
| ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ/ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΤ' ΑΤΟΜΟ | μέχρι € 30.000 |
| ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ | μέχρι € 15.000 |
| ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ & ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ ΑΝΑ ΑΤΥΧΗΜΑ) | μέχρι € 235.000 |
| ----- | |
| ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ | μέχρι € 880.500 |

Καλύπτεται και ο θάνατος κυνηγετικών σκύλων ιδιοκτησίας τρίτων κυνηγών λόγω ατυχήματος. Η κάλυψη ισχύει όταν οι σκύλοι χρησιμοποιούνται αποκλειστικά κατά την διάρκεια του κυνηγιού και το ποσό αποζημίωσης ορίζεται σε € 300 ανά σκύλο. Ανώτατο όριο κάλυψης τρεις (-3-) σκύλοι κατά την διάρκεια ισχύος του συμβολαίου.

ΠΑΛΛΑΓΗ: Η Εταιρία θα απαλλάσσεται από το 10% σε κάθε υλική ζημιά με ελάχιστο το ποσό των € 150

2. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ
ΘΑΝΑΤΟΣ Η ΜΟΝΙΜΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

- Ασφαλιστική κάλυψη σε περίπτωση απώλειας ζωής από ατύχημα που θα συμβεί κατά την διάρκεια της κυνηγετικής δραστηριότητας κάθε μέλους του Συλλόγου: € 25.000
- ΜΟΑ (ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ) μέχρι € 25.000
- ΜΜΑ (ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ) ποσοστό επί των € 25.000 ανάλογα με το βαθμό ανικανότητας

ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΑΝΑ ΑΤΥΧΗΜΑ (ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ) € 300.000

ΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Το μικτό κόστος περιόδου ανά κυνηγό ορίζεται στο ποσό των: **€ 2,20**
 Το ελάχιστο πλήθος ασφαλισμένων ορίζεται στα 200 άτομα

ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ

1. Καλύπτεται η ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ του κυνηγού για κάθε ζημιά που οφείλεται σε αμέλεια του.
2. Οι κυνηγοί θεωρούνται μεταξύ τους τρίτοι (ανεξαρτήτως βαθμού συγγένειας).
3. Η ασφαλιστική κάλυψη παρέχεται για ζημιές που έγιναν αποκλειστικά μέσα στον Ελλαδικό χώρο και για μέλη του Συλλόγου που διαθέτουν την νόμιμη-θεωρημένη άδεια και κυνηγούν την χρονική περίοδο που επιτρέπεται το κυνήγι.
4. Το όριο ηλικίας για τις καλύψεις προσωπικού ατυχήματος είναι από 18 (συμπληρωμένα) έως 75 ετών*
5. Δίνεται κάλυψη της διαδρομής με τα πόδια από και προς την ζώνη του κυνηγιού (εξαιρούμενου του τροχαίου ατυχήματος).
6. Η κάλυψη αρχίζει μισή ώρα πριν την ανατολή του ηλίου και λήγει μισή ώρα μετά τη δύση.
7. Η κάλυψη των σκύλων ισχύει εφόσον αυτά είναι δηλωμένα στην αρμόδια κτηνιατρική υπηρεσία, είναι σκυλιά ράτσας και φέρουν ειδικό τσιπ αναγνώρισης.
8. Ο Σύλλογος υποχρεώνεται να κοινοποιεί στην Εταιρία ονομαστικές καταστάσεις μελών.

* **Διευκρινίζεται ότι η κάλυψη Αστικής Ευθύνης παρέχεται και σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, υπό την προϋπόθεση ότι διαθέτουν θεωρημένη άδεια κυνηγιού.**

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 :.....

ΑΙΤΗΣΗ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΥΝΗΓΕΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ
ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

σύμφωνα με την προσφορά ομαδικής ασφάλισης
(αντίγραφο της οποίας επισυνάπτεται στην παρούσα αίτηση και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της)

| | | |
|---|---------|------|
| ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ: | | |
| ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΠΙΧ/ΣΗΣ: | | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: οδός | αρ. | T.K. |
| ΠΟΛΗ: | ΤΗΛ.: | FAX: |
| A.Φ.Μ.: | Δ.Ο.Υ.: | |
| ΕΞΟΥΣΙΟΔ/ΝΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΟΥ ΣΥΜΒΑΛ/ΝΟΥ: | | |
| ΣΧΕΣΗ ΣΥΜΒΑΛ/ΝΟΥ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ: | | |

| |
|---|
| ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ: Από: _____ Έως: _____ |
| Αναφέρατε την διάρκεια ασφάλισης οπωσδήποτε όταν αυτή είναι μικρότερη από ετήσια. |
| ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦ/ΣΤΡΩΝ: Ετήσιος <input type="checkbox"/> Εξαμηνιαίος <input type="checkbox"/> Τριμηνιαίος <input type="checkbox"/> Εφάπαξ <input type="checkbox"/> |
| ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΑΣΦ/ΣΤΡΩΝ: Μέσω συνεργάτη <input type="checkbox"/> Μέσω τράπεζας <input type="checkbox"/> Με εισπράκτορα <input type="checkbox"/> |
| ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ: ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ: _____% ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ: _____% |
| ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ: |

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 αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω 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.syneteristiki.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 απαλλαχθεί 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 εφαρμόστεο 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@syneteristiki.gr, ή με φαξ στον αριθμό 2109403148 ή με το συμβατικό ταχυδρομείο ή και προσκομίζοντάς το έγγραφο παράπονο αυτοπροσώπως ή δια, εξουσιοδοτημένου από εμένα, προσώπου στην άνω διεύθυνση και ακολουθείται η διαδικασία της διαχείρισης αιτιάσεων της Εταιρίας (που είναι αναρτημένη στον ιστότοπο της εταιρίας www.syneteristiki.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 διακόπτει 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 ενγύσεις 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 ασφαλιστικών 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@syneteristiki.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.

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 δίκαιο 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 ασφαλιστρού, 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 ασφαλίματος, 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.syneteristiki.gr.

Ακολουθεί :

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

_____ (Τόπος) ____/____/20__ (Ημερομηνία)

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

Ο ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ

Υπογραφή

Υπογραφή