

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ERASMUS**

Ασφαλ.Διαμ/τής που έρχεται σε άμεση επαφή με τον Πελάτη	Ασφαλ.Διαμ/τής που διατηρεί σύμβαση με την Εταιρία	Συντονιστής Ασφαλιστικών Πρακτόρων (αν υπάρχει)
Επωνυμία: ΑΦΜ: Αρ.Ειδ.Μητρώου: Κωδικός Ευρώπης:	Επωνυμία: ΑΦΜ: Αρ.Ειδ.Μητρώου: Κωδικός Ευρώπης:	Επωνυμία: ΑΦΜ: Αρ.Ειδ.Μητρώου: Κωδικός Ευρώπης:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ: ..... ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ...../...../.....

**1. ΛΗΠΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ.....ΟΝΟΜΑ.....ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....  
 ΗΜΕΡ.ΓΕΝ/ΣΗΣ...../...../.....ΑΡ.ΔΙΑΒ/ΡΙΟΥ.....ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ.....  
 Α.Φ.Μ.....Δ.Ο.Υ.....ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....ΠΟΛΗ.....Τ.Κ.....  
 ΤΗΛ.....ΚΙΝΗΤΟ.....ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....EMAIL.....

**2. ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ, αν είναι διαφορετικός από τον ΛΗΠΤΗ ασφάλισης αλλιώς «Ο ΙΔΙΟΣ»**

ΕΠΩΝΥΜΟ.....ΟΝΟΜΑ.....ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....  
 ΗΜΕΡ.ΓΕΝ/ΣΗΣ...../...../.....ΑΡ.ΔΙΑΒ/ΡΙΟΥ.....ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ.....  
 Α.Φ.Μ.....Δ.Ο.Υ.....ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....ΠΟΛΗ.....Τ.Κ.....  
 ΤΗΛ.....ΚΙΝΗΤΟ.....ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....EMAIL.....

**ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ: ΑΣΦΑΛΙΖΕΤΑΙ Η ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ERASMUS Η ΟΠΟΙΑ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΦΟΡΕΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ**

**ΕΝΑΡΞΗ ERASMUS:**...../...../..... **ΛΗΞΗ ERASMUS:**...../...../..... **ΤΡΟΠΟΣ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ: ΕΦΑΠΑΞ**

**ΠΑΚΕΤΑ ERASMUS**

ERASMUS I  ERASMUS II  ERASMUS III   
 Σπουδές  ή Επαγγελματική Εκπαίδευση

Τόπος Σπουδών ή Επαγγελματικής Εκπαίδευσης στα πλαίσια ERASMUS (Χώρα, Πόλη και Εκπαιδευτικό Ίδρυμα ή Εταιρία):  
 .....

**3. ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ:** Α..... Β.....

**4. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ:**

- Βρίσκεστε αυτή τη στιγμή υπό Ιατρική παρακολούθηση; ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Έχετε λάβει τα τελευταία 5 χρόνια φάρμακα ή νοσηλευτήκατε σε νοσοκομείο ή Κλινική για Ιατρική παρακολούθηση ή εξετάσεις; ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Έχετε ή είχατε ποτέ:
  - παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, β) καρδιακές ενοχλήσεις ή πάθηση του κυκλοφοριακού συστήματος ή εγκεφαλικό επεισόδιο, γ) παθήσεις του νευρικού συστήματος, δ) παθήσεις στομάχου, εντέρων, νεφρών, ήπατος, παγκρέατος ή χολής, ε) κάποια πάθηση για την οποία ακολουθήσατε ή ακολουθείτε θεραπεία, π.χ. υπέρταση, σακχαροδιαβήτη, παθήσεις θυροειδούς ή χρησιμοποιείτε φάρμακα για κάποιο άλλο λόγο, στ) υποβληθεί σε Ιατρικές εξετάσεις ή ακτινογραφίες, Η.Κ.Γ., ζ) υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση; ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα ή υποστεί ατύχημα ή ασθένεια που σας έχει αφήσει κάποια αναπηρία; ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Πάσχετε ή υποφέρατε στο παρελθόν από κάποια νόσο που δεν αναφέρεται παραπάνω; ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Για γυναίκες:**
  - Είστε έγκυος; ΝΑΙ  ΟΧΙ
  - Πάσχετε ή υποφέρατε στο παρελθόν από οποιαδήποτε πάθηση της μήτρας, ωοθηκών, μαστών ή άλλη γυναικολογική πάθηση; ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Για άνδρες:**
  - Απαλλαγίκατε από τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις; ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Έχει απορριφθεί, παραμένει σε εκκρεμότητα ή έχει γίνει αποδεκτή υπό όρους αίτησή σας για ασφάλιση ατυχήματος ή ασθένειας; ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Έχετε ή είχατε ποτέ στην οικογένειά σας (γονείς, αδέρφια) περιπτώσεις παθήσεων καρδιάς, σακχάρου, νεφρών, υπερτάσεως, καρκίνου, εγκεφαλικού, διανοητικών ή νευρικών διαταραχών; ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Ασχολείστε με extreme sports, ορειβασία, καταδύσεις ή άλλες επικίνδυνες δραστηριότητες; ΝΑΙ  ΟΧΙ

10. Έχετε άλλα ασφαλιστήρια Προσωπικών Ατυχημάτων; ΝΑΙ  ΟΧΙ
11. Είστε αριστερόχειρας; ΝΑΙ  ΟΧΙ
12. Παρακαλούμε αναφέρατε το Ασφαλιστικό σας Ταμείο: \_\_\_\_\_

Για τις ερωτήσεις που απαντήσατε ΝΑΙ, παρακαλούμε αναφέρατε λεπτομέρειες:

- Αρ. Ερώτησης \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_
- Αρ. Ερώτησης \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_
- Αρ. Ερώτησης \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

6. **ΑΙΤΗΜΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:** ΝΑΙ  ΟΧΙ  7. **ΓΛΩΣΣΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:** ΑΓΓΛΙΚΗ  ΕΛΛΗΝΙΚΗ

#### ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ / ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- Για την έκδοση Βεβαίωσης Ασφάλισης, απαιτείται η προεξόφληση των συνολικών ασφαλιστρών και μετά την έκδοση αυτής το συμβόλαιο **δεν ακυρώνεται & δεν επιστρέφονται** δεδουλευμένα ασφαλιστρα
- Η Αίτηση Ασφάλισης θα πρέπει να συνοδεύεται από **αντίγραφο Διαβατηρίου ή Αστυνομικής Ταυτότητας** (για χώρες Ε.Ε.)
- Τα παραπάνω στοιχεία είναι τα ελάχιστα απαραίτητα για την αξιολόγηση της αίτησής σας. Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να σας ζητήσει πρόσθετα, αναλυτικά στοιχεία και έγγραφα σε περίπτωση που αυτό κριθεί αναγκαίο.
- Η κάλυψη ισχύει για **μέγιστη διάρκεια ενός έτους** και όπως ορίζεται στην Αίτηση Ασφάλισης.

#### **ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Η παρούσα δήλωση επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων στοχεύει στην κατανόηση της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν από την Εταιρία μας.

Πριν μας παράσχετε προσωπικά δεδομένα που αφορούν τρίτο πρόσωπο, πρέπει:

(α) να ενημερώσετε το άτομο σχετικά με το περιεχόμενο της παρούσας, (β) να λάβετε την συγκατάθεσή του για να μοιραστείτε με την Εταιρία τα προσωπικά δεδομένα του σύμφωνα με την παρούσα.

1.- Η Εταιρία μας

Η Ασφαλιστική Εταιρία με την επωνυμία «ΕΥΡΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ» και το διακριτικό τίτλο «ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ» (στο εξής ως η «Εταιρία») θα επεξεργαστεί τα προσωπικά δεδομένα του υποκειμένου των δεδομένων (ή δεδομένα μελών της διοίκησης σε περίπτωση νομικού προσώπου), με την ιδιότητά της ως Υπεύθυνη Επεξεργασίας Δεδομένων (Data Controller). Η Εταιρία θα τηρεί αρχείο στα γραφεία της στην Αθήνα Αττικής, οδός Φιλελλήνων αρ. 25, Τηλ.: 210 - 3230 707 (info@europe-asfalistikiki.gr).

2.- Σκοποί Επεξεργασίας

Η Εταιρία θα επεξεργαστεί τα προσωπικά δεδομένα σας για καθορισμένους, ρητούς και νομίμους σκοπούς. Ειδικότερα θα επεξεργαστεί τα προσωπικά σας δεδομένα κατά περίπτωση με σκοπό:

(α) την λήψη απόφασης σχετικά με την σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης κατόπιν αιτήσεων του υποκειμένου των δεδομένων πριν από την σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης, (β) την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής σχέσης του υποκειμένου των δεδομένων με την Εταιρία, (γ) την παροχή υπηρεσιών marketing κατόπιν ρητής συγκατάθεσης του υποκειμένου του δικαιωμάτων, (δ) τη λήψη επιχειρηματικής απόφασης σχετικά με την αξιολόγησή σας για την συνεργασία μαζί σας κατόπιν αίτησης του υποκειμένου των δεδομένων πριν από τη σύναψη σύμβασης, (ε) την συμμόρφωση της Εταιρίας με δικαστικές αποφάσεις και την απόκριση σε αιτήματα δημοσίων αρχών, τη διαχείριση παραπόνων, την πρόληψη και καταστολή νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες, την αποφυγή και καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης και τη χρηματοδότηση της τρομοκρατίας, την εφαρμογή της ελληνικής φορολογικής νομοθεσίας και την εν γένει συμμόρφωση της Εταιρίας με νόμιμη υποχρέωση, (στ) την άσκηση νόμιμων δικαιωμάτων της Εταιρίας στο πλαίσιο ικανοποίησης των εννόμων συμφερόντων της.

3.- Αυτοματοποιημένη Λήψη Αποφάσεων

Με την συμπλήρωση της αίτησης ασφάλισης μέσω της ηλεκτρονικής μας πλατφόρμας και την δήλωση προσωπικών σας δεδομένων, η Εταιρία διενεργεί πράξεις επεξεργασίας δεδομένων σας με την υποστήριξη αυτοματοποιημένων διαδικασιών που βασίζονται σε μαθηματικές ή/και στατιστικές αναλύσεις, που ως σκοπό έχουν να κριθεί αν η αίτησή σας θα γίνει αποδεκτή ή όχι και σε καταφατική περίπτωση να υπολογιστεί το αναλογούν ασφαλιστρο και τυχόν ειδικοί όροι ασφάλισης. Σε περίπτωση απόρριψης της αίτησής σας ή σε περίπτωση διατύπωσης αντιρρήσεων εκ μέρους σας μπορείτε να επικοινωνείτε με την Εταιρία για την παροχή διευκρινίσεων.

4.- Ποια προσωπικά δεδομένα επεξεργαζόμαστε;

Η Εταιρία θα συλλέξει κατά το στάδιο της αίτησης/πρότασης/σύναψης της σύμβασης και θα επεξεργαστεί μόνο τα απολύτως αναγκαία δεδομένα σας για τους ανωτέρω αναφερόμενους σκοπούς και συγκεκριμένα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αναφέρονται στην αίτηση/πρόταση/σύμβαση και στα συνοδευτικά αυτών δικαιολογητικά.

Ειδικότερα, η Εταιρία θα προβεί σε συλλογή και επεξεργασία κατά περίπτωση:

(α) των επίσημων στοιχείων ταυτοποίησης, (β) των στοιχείων επικοινωνίας, (γ) των δεδομένων και πληροφοριών ασφάλισης και ασφαλιστικής απαίτησης, (δ) των γενικών πληροφοριών, (ε) των στοιχείων πληρωμής, χρηματοοικονομικών πληροφοριών και λογαριασμών, (στ) των δεδομένων ειδικής κατηγορίας, όπως δεδομένα υγείας (αν αφορά σε κάλυψη υγείας) ή οικονομική/περιουσιακής κατάστασης, (ζ) των δεδομένων καταγραφής τηλεφωνικών κλήσεων μέσω των τηλεφωνικών κέντρων με τα οποία συνεργάζεται η Εταιρία, (η) των δεδομένων εικόνας (λ.χ. φωτογραφίες), (θ) πληροφοριές που είναι απαραίτητες για την παροχή ασφαλιστικών προϊόντων και υπηρεσιών, (ι) πληροφορίες για την εκπαίδευση και εργασιακή κατάσταση και εμπειρία, (κ) προτιμήσεις μάρκετινγκ

Τυχόν άρνησή σας για χορήγηση των προσωπικών σας δεδομένων που απαιτούνται για τους άνω αναφερόμενους σκοπούς θα έχει ως αποτέλεσμα τη μη εξέταση της αίτησής σας με οποιοδήποτε περιεχόμενο (π.χ. συνεργασίας), της αίτησης ασφάλισης ή τη μη σύναψη ασφαλιστικής σχέσης ή την αδυναμία παροχής αποζημίωσης.

Σε περίπτωση αλλαγής οποιουδήποτε προσωπικού δεδομένου το οποίο έχετε γνωστοποιήσει στην Εταιρία οφείλετε να ενημερώσετε έγκαιρα την Εταιρία, με σκοπό να τηρούνται προσωπικά δεδομένα των υποκειμένων επικαιροποιημένα και να τους παρέχονται οι σωστές ασφαλιστικές καλύψεις.

5.- Νόμιμη βάση επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων

Η Εταιρία θα επεξεργαστεί τα προσωπικά δεδομένα του υποκειμένου κατά περίπτωση σύμφωνα με τις ακόλουθες νομικές βάσεις: (α) τη ρητή και ελεύθερη συγκατάθεση του υποκειμένου που θα μας χορηγηθεί μέσω της παρούσας δήλωσης, (β) για την εκτέλεση της συμβατικής σχέσης, (γ) την συμμόρφωση της Εταιρίας βάσει τις ισχύουσας νομοθεσίας, (δ) προς άσκηση των εννόμων συμφερόντων της Εταιρίας

6.- Διαβίβαση και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων

Η Εταιρία, μετά την υποβολή της αίτησης/πρότασης/σύμβασης ασφάλισης, θα προβεί σε κάθε πράξη επεξεργασίας (π.χ. συλλογή, καταχώριση, οργάνωση, αποθήκευση, μεταβολή, διαγραφή, καταστροφή κ.λπ.) προς εκπλήρωση των ανωτέρω σκοπών επεξεργασίας.

Η Εταιρία θα διαβιβάζει τα προσωπικά δεδομένα σας σε φυσικά πρόσωπα της Εταιρίας και σε άλλα τμήματα της Εταιρίας ή σε όποιον άλλο αποδέκτη απαιτείται, για τη διεκπεραίωση της ασφαλιστικής εργασίας και την εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης (π.χ. ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, πραγματογνώμονες, ερευνητές, ιατρούς, Παρόχους Υπηρεσιών Υγείας, συνεργαζόμενες ανασφαλιστικές εταιρίες, εταιρίες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, δικηγόρους, συμβαλλόμενες δανειστικές τράπεζες). Η Εταιρία στις περιπτώσεις ασφάλισης αστικής ευθύνης αυτοκινήτου θα διαβιβάζει δεδομένα στην Υπηρεσία Στατιστικής των Ασφαλιστικών Εταιριών (αρχείο Υ.Σ.Α.Ε.), ενώ δύναται να διαβιβάζει προσωπικά δεδομένα σας σε Δημόσιες ή Δικαστικές Αρχές σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία.

Η Εταιρία μας δεσμεύεται να διατηρεί τα δεδομένα σας ενημερωμένα και ακριβή, να τα αποθηκεύει και να τα φυλάσσει με ασφάλεια, να τα προστατεύει από απώλεια, κακή χρήση, μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση ή αποκάλυψη και να εξασφαλίζει εν γένει τα κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για την προστασία τους.

7.- Χρόνος τήρησης των δεδομένων

Η Εταιρία θα διατηρεί και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα για τους σκοπούς εκτέλεσης της σύμβασης για όσο διάστημα είναι ενεργή η ασφαλιστική σύμβαση, καθώς και για είκοσι (20) έτη μετά τη λύση/λήξη της σύμβασης για οποιοδήποτε λόγο, εκτός εάν η νομοθεσία προβλέπει διαφορετική περίοδο διατήρησης. Σε περίπτωση που δεν συναφθεί σύμβαση μεταξύ μας, η Εταιρία θα τηρεί και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα για χρονικό διάστημα πέντε (5) ετών ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα εφόσον εκκρεμεί δικαστική αξίωση.

**8. - Τα δικαιώματά σας**

Η νομοθεσία της προστασίας προσωπικών δεδομένων προβλέπει δικαιώματα όσον αφορά την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων. Συγκεκριμένα, μπορείτε να ασκήσετε τα ακόλουθα δικαιώματα: (α) Δικαίωμα πρόσβασης: Μπορείτε να ενημερωθείτε, κατόπιν αιτήματος, σχετικά με το κατά πόσον ή όχι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν υφίστανται επεξεργασία και να λαμβάνετε σχετικές πληροφορίες, (β) Δικαίωμα διόρθωσης: Μπορείτε να ζητήσετε διόρθωση ανακριβών δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα ή τη συμπλήρωση ελλειπών, (γ) Δικαίωμα διαγραφής: Μπορείτε να ζητήσετε τη διαγραφή των δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις προβλεπόμενες από το νομοθετικό πλαίσιο, (δ) Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας: Μπορείτε να ζητήσετε τον περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα, υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις προβλεπόμενες από το νομοθετικό πλαίσιο, (ε) Δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων: Μπορείτε να λάβετε τα δεδομένα σας προσωπικού χαρακτήρα σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο και αναγνώσιμο από μηχανήματα μορφότυπο, καθώς και να διαβιβάζετε τα εν λόγω δεδομένα σε άλλον υπεύθυνο επεξεργασίας, (στ) Δικαίωμα εναντίωσης: Δικαιούστε να αντιτάξετε, ανά πάσα στιγμή και για λόγους που σχετίζονται με την ιδιαίτερη κατάστασή σας, στην επεξεργασία δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα περιλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ.

Για την άσκηση των ανωτέρω δικαιωμάτων ή για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας [www.europe-asfalistik.gr](http://www.europe-asfalistik.gr) ή να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων, στο 210 - 3230 707 ή στο [dataprotection@europe-asfalistik.gr](mailto:dataprotection@europe-asfalistik.gr). Η αίτηση άσκησης των δικαιωμάτων είναι δωρεάν και γίνεται εγγράφως είτε μέσω e-mail στο [dataprotection@europe-asfalistik.gr](mailto:dataprotection@europe-asfalistik.gr), είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Φιλελλήνων αρ. 25, 105 57 Αθήνα, υπόψη Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων. Σε περίπτωση άσκησης των δικαιωμάτων, η Εταιρία θα λάβει όλα τα αναγκαία μέτρα για την ικανοποίηση του και θα λάβετε σχετική απάντηση εντός 30 ημερών. Σε κάθε περίπτωση δικαιούστε να απευθύνεστε και στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, Κηφισίας 1-3, 11523 Αθήνα, για θέματα παραβίασης των προσωπικών σας δεδομένων.

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

Βάσει των ανωτέρω δηλώνω ότι :

Ενημερώθηκα ρητά για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων καθώς και των ειδικής κατηγορίας προσωπικών μου δεδομένων, την οποία πραγματοποιεί η Ασφαλιστική Εταιρία «ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ», έλαβα γνώση των δικαιωμάτων που μου παρέχει η σχετική νομοθεσία, αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης και παρέχω την ελεύθερη, ρητή και εν πλήρει επίγνωση, συγκατάθεσή μου στην επεξεργασία των ανωτέρω δεδομένων που με αφορούν.

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ/ΠΡΩΘΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ**

Κατωτέρω δηλώνω ρητά τη συναίνεση ή τη μη συναίνεση μου για την επεξεργασία δεδομένων μου από την Ασφαλιστική Εταιρία «ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ» για προωθητικούς/εμπορικούς σκοπούς, αφού :

A.- Ενημερώθηκα ρητά ότι σε περίπτωση συναίνεσής μου η «ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ» θα επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων προώθησης προϊόντων και τη διενέργεια στοχευμένων ερευνών για την ικανοποίηση από τις ασφαλιστικές υπηρεσίες που παρέχει η Εταιρία.β.- Έλαβα γνώση των δικαιωμάτων που μου παρέχει η σχετική νομοθεσία καθώς και της πιθανότητας διαβίβασης των δεδομένων μου σε εταιρίες ερευνών και εταιρίες marketing.

Ο συμβαλλόμενος/λήπτης της ασφάλισης:

ΣΥΝΑΙΝΩ

ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Ο Ασφαλισμένος :

ΣΥΝΑΙΝΩ

ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Οι κατωτέρω υπογράφωντες διάβασαν με προσοχή την παρούσα δήλωση, περιλαμβανομένων των δηλώσεων συναίνεσης για την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων και την αποδέχονται.

Ημερομηνία: ...../...../.....

Τόπος:.....

A) Υπογραφή συμβαλλόμενου/λήπτη της ασφάλισης: \_\_\_\_\_

B) Υπογραφή Ασφαλισμένου: \_\_\_\_\_

**Δηλώσεις προς την ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ:**

- Δηλώνω ειλικρινά ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθινές και ορθές σε κάθε λεπτομέρεια και συμφωνώ ότι εάν έχω προβεί σε οποιαδήποτε περαιτέρω δήλωση σε σχέση με την πιο πάνω αίτηση ή σε δόλιες δηλώσεις ή έχω αποκρύψει ή δηλώσει αναληθώς οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία, το ασφαλιστήριο θεωρείται άκυρο και όλα τα δικαιώματα ανάκτησης αυτού σε σχέση με παρούσες ή μελλοντικές απαιτήσεις θα εκπίπτουν.
- Η διεύθυνση κατοικίας και η ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που δηλώνονται στην παρούσα αποτελούν τη νόμιμη κατοικία και τη νόμιμη ηλεκτρονική διεύθυνση του Ασφαλιζόμενου/ Συμβαλλόμενου αντίστοιχα, στις οποίες νόμιμα κοινοποιείται από την ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ κάθε έγγραφο που αφορά την παρούσα και το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα εκδοθεί και παράγονται τα κατά νόμο και κατά το ασφαλιστήριο συμβόλαιο αποτελέσματα από την ημέρα κοινοποίησης. Η ισχύς του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί, θα αρχίσει από την έκδοσή και παράδοσή αυτού και με τον όρο ότι θα έχει καταβληθεί το εφάπαξ ασφάλιστρο και ότι οι συνθήκες που επηρεάζουν την ασφαλισιμότητα του προτεινόμενου για ασφάλιση, παραμένουν όπως δηλώθηκαν στην παρούσα Πρόταση. Επίσης αποδέχομαι ότι η κατάρτιση, τροποποίηση ή κατάργηση της συναπτόμενης ασφαλιστικής σύμβασης, θα αποδεικνύεται με έγγραφα που φέρουν την υπογραφή των νόμιμων εκπροσώπων της ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ.
- Δηλώνω ότι παρέλαβα από τον Διαμεσολαβούντα, έντυπα της εταιρείας σας, με τις πληροφορίες που απαιτούνται από το άρθρο 150 του Ν.4364/2016, καθώς και το έγγραφο πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν του ν.4583/2018, σχετικά με τους αιτούμενους προς ασφάλιση κινδύνους, κατόπιν πλήρους και κατανοητής ενημέρωσής που έλαβα για τα δικαιώματά και τις υποχρεώσεις μου αναφορικά με το προϊόν που επέλεξα, σαφούς προσδιορισμού και ανάλυσης των ασφαλιστικών αναγκών μου.

Ημερομηνία: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Συμβαλλόμενος**

**Ασφαλισμένος**

**Ο Συνεργάτης**

\_\_\_\_\_  
(υπογραφή- ονοματεπώνυμο)  
(για Ν.Π.Ι.Δ. Σφραγίδα & υπογραφή Νόμ. Εκπροσώπου)

\_\_\_\_\_  
(υπογραφή- ονοματεπώνυμο)

\_\_\_\_\_  
(υπογραφή- ονοματεπώνυμο-σφραγίδα)

**Η Αίτηση Ασφάλισης θεωρείται αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου**

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (άρθρο 150 του ν.4364/2016)

Η πλήρης επωνυμία της Εταιρείας μας είναι : ΕΥΡΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ

Διακριτικός τίτλος : ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Έδρα : Αθήνα Αττικής, Ελλάδα

Διεύθυνση έδρας : Φιλελλήνων 25, Αθήνα , Τ.Κ.:105 57,

Τηλ: 210 3230707, Fax: 210 3254853,

website: [www.europe-asfalistik.gr](http://www.europe-asfalistik.gr)

Αριθμός ΓΕΜΗ: 857301000

A.Φ.Μ. : 094156368

Εφαρμοστέο δίκαιο: Ελληνικό

Οι ασφαλισμένοι μπορούν να απευθύνονται στην παρακάτω ηλεκτρονική διεύθυνση για αιτιάσεις: [complaints@europe-asfalistik.gr](mailto:complaints@europe-asfalistik.gr)

Ως αίτηση νοείται το παράπονο ή η δήλωση δυσαρέσκειας που απευθύνεται στην Εταιρεία από πρόσωπο φυσικό ή νομικό το οποίο σχετίζεται με το

ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που του παρέχονται.

Ως αιτώμενος νοείται το πρόσωπο φυσικό ή νομικό που εκλαμβάνεται ως έχων τις προϋποθέσεις να εγείρει αίτηση προς εξέταση.

Αρμόδια για τη διαχείριση των αιτιάσεων είναι η Υπεύθυνη Διαχείρισης Αιτιάσεων (τηλ.2103230707).

Η Εταιρεία θα εξετάσει την αίτηση και θα αποστείλει έγγραφη αιτιολογημένη απάντηση στον αιτώμενο, το αργότερο εντός 50 ημερολογιακών ημερών από την υποβολή της αίτησης.

Η ενεργοποίηση του μηχανισμού εξέτασης αιτιάσεων δεν διακόπτει την παραγραφή εννόμων αξιώσεων του αιτώμενου.

Ο αιτώμενος μπορεί να αποταθεί για την εξωδικαστική επίλυση του προβλήματός του σε άλλους φορείς, όπως ενδεικτικά τη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή, το Συνήγορο του Καταναλωτή (σε προθεσμία ενός έτους από όταν έλαβε πλήρη γνώση της βλαπτικής πράξης ή παράλειψης) και την Τράπεζα της Ελλάδος.

Περισσότερες πληροφορίες για την υποβολή αίτησης καθώς και για την διαδικασία διαχείρισης αιτιάσεων από την Εταιρεία μπορείτε να βρείτε στον ιστότοπο της Εταιρείας.