

2/3/2022

ΠΡΟΣ: κ. _____ ΔΕΙΓΜΑ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ _____

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ "ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΚΥΛΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΙΑΣ"

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

Είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας υποβάλουμε την προσφορά μας για την ασφάλιση του σκύλου σας, σύμφωνα με τα στοιχεία που μας έχετε παραθέσει.

1) Ασφαλιζόμενος

ΔΕΙΓΜΑ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ

2) Περίοδος Ασφάλισης

12 μήνες (ακριβείς ημερομηνίες θα συμφωνηθούν)

3) Στοιχεία Ασφαλισμένου σκύλου

Όνομα: **pet** Φυλή: **MALTESE** Χρώμα: **ΛΕΥΚΟ** Γένος: **Θηλυκό**
Αρ. Ηλεκτρονικής Ταυτότητας: **998541299900040** Ημερομηνία Γέννησης: **15/07/2021**

4) Ασφαλιστικό Πρόγραμμα

Σκύλος Συντροφιάς

5) Ασφαλιζόμενα κεφάλαια

- Θάνατος σκύλου από ατύχημα	1.000,00 €
- Έξοδα θεραπείας σκύλου από ατύχημα	1.000,00 €
- Αστική ευθύνη σκύλου από ατύχημα	1.000,00 €

6) Καλύψεις

- Θάνατος του ασφαλισμένου σκύλου από ατύχημα που οφείλεται σε αιτία εξωτερική, βίαιη, τυχαία, αιφνίδια και έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια ισχύος της κάλυψης
- Έξοδα νοσηλείας του ασφαλισμένου σκύλου ή χειρουργικής του επέμβασης και οποιεσδήποτε δαπάνες για την αποθεραπεία του λόγω Ατυχήματος
- Αστική ευθύνη του ιδιοκτήτη του σκύλου έναντι τρίτων, για σωματικές βλάβες ή υλικές ζημιές που προκλήθηκαν από το ασφαλισμένο σκύλο σε τρίτα πρόσωπα

7) Ασφάλιστρα

Τα Μικτά Ετήσια Ασφάλιστρα ανέρχονται σε € **80,00**

Τρόπος Πληρωμής **Ετησίως**

8) Απαλλαγές

€ 50,00 σε κάθε ζημιά

9) Υπόορια καλύψεων

Το όριο κάλυψης των εξόδων νοσηλείας ή χειρουργικής επέμβασης και οποιεσδήποτε δαπάνες για την αποθεραπεία του ασφαλισμένου σκύλου, αποτελεί υπόοριο του ασφαλισμένου κεφαλαίου θανάτου του ασφαλισμένου σκύλου

10) Προϋποθέσεις

10.1 Να έχει νομίμως σημασμένο και καταχωρημένο τον σκύλο του στη διαδικτυακή ηλεκτρονική βάση δεδομένων και να τηρεί, ανάλογα με την περίπτωση απόκτησης του ζώου του, αντίγραφο της δήλωσης υιοθεσίας ή των παραστατικών αγοράς,

10.2 Να δηλώνει σε κτηνίατρο που έχει πιστοποιηθεί στη Διαδικτυακή Ηλεκτρονική Βάση σήμανσης και καταγραφής των σκύλων και των ιδιοκτητών τους την απώλεια του ζώου μέσα σε δύο (2) ημέρες και τη μεταβολή οποιουδήποτε στοιχείου που έχει καταχωρηθεί στη βάση δεδομένων και αφορά στον ίδιο είτε στο σκύλο που έχει δηλώσει στο όνομα του μέσα σε δέκα (10) ημέρες.

10.3 Να μεριμνά για τον εμβολισμό του σκύλου και για την κτηνιατρική εξέταση του και ιδίως για τον αντιλυσικό εμβολιασμό του. Οι εμβολιασμοί και η κτηνιατρική εξέταση αποδεικνύονται από τις σχετικές εγγραφές στο διαβατήριο του ζώου και από τα ενημερωμένα σχετικά πεδία της Διαδικτυακής Ηλεκτρονικής Βάσης δεδομένων σκύλων,

10.4 Να τηρεί τους κανόνες ευζωίας του ζώου και να μεριμνά για την εξασφάλιση άνετου υγιεινού και κατάλληλου καταλύματος προσαρμοσμένου στο φυσικό τρόπο διαβίωσης του ζώου, που να επιτρέπει να βρίσκεται στη φυσική όρθια στάση, χωρίς να εμποδίζονται οι φυσικές του κινήσεις και η δυνατότητά του για την πραγματοποίηση της απαραίτητης για την υγεία του και την ευζωία του άσκησης,

10.5 Να μεριμνά να γίνεται ο περίπατος του σκύλου πάντα με συνοδό,

10.6 Να παίρνει τα κατάλληλα μέτρα, ώστε να μην εξέρχεται ελεύθερα ο σκύλος του από το χώρο της ιδιοκτησίας του και εισέρχεται σε χώρους άλλων ιδιοκτησιών ή σε κοινόχρηστους χώρους.

10.7 Για την αποφυγή ατυχημάτων υποχρεούται κατά τη διάρκεια του περιπάτου να κρατάει το σκύλο του δεμένο πάντα με λουρί και

να βρίσκεται σε μικρή απόσταση από αυτόν. Η ίδια υποχρέωση ισχύει και για τον οποιονδήποτε συνοδό του ζώου, πέραν του ιδιοκτήτη του.

Σε κάθε περίπτωση υποχρεούται να τηρεί όλες τις υποχρεώσεις των ιδιοκτητών ζώων σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και τις διατάξεις του Νόμου 4039/2012, καθώς και στο άρθρο 46 του Νόμου 4235/2014.

10.8 Η παρούσα προσφορά ισχύει εφόσον ο σκύλος έχει ηλικία μεταξύ 12 εβδομάδων και 10 χρόνων.

10.9 Η παρούσα προσφορά ισχύει μόνο για ατυχήματα ή ζημιές που γίνονται μέσα στα όρια της Ελληνικής Επικράτειας

10.10 Η προσφορά μας ισχύει για 30 ημέρες από την ημερομηνία έκδοσης της.

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, εφεξής και χάριν 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, αλλά και σύμφωνα με τις αντίστοιχες ισχύουσες διατάξεις, που αφορούν σε αυτόν, κατόπιν της ένταξής του στην εθνική νομοθεσία και, εφόσον δεν σημειώνεται η αρνητική επιλογή στο τέλος του παρόντος κειμένου, **παρέχω τη συγκατάθεσή μου**, ειδικώς και ελευθέρως, στην Εταιρεία με την επωνυμία «NP Ασφαλιστική – ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.», νομίμως εκπροσωπούμενης, που εδρεύει στο Μαρούσι Άττικής, Λ. Κηφισίας αρ. 81-83, η οποία, εφ' εξής, θα αποκαλείται, χάριν συντομίας, «Εταιρεία» και η οποία τηρεί τον Κώδικα Δεοντολογίας της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (Ε.Α.Ε.Ε.), για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, από ασφαλιστικές εταιρίες, που θεσπίσθηκε, 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:

- (1) για την εκτίμηση του κινδύνου, στο πλαίσιο της σύναψης της αιτούμενης, από εμένα, ασφαλιστικής σύμβασης, του καθορισμού των γενικών και ειδικών όρων αυτής, καθώς και του ανάλογου ασφαλιστρού,
- (2) στη διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, καθ' όλη τη διάρκεια ισχύος ή και μετά τη λήξη αυτής, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου του και διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης, σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου ή και της καταβολής του προβλεπόμενου στους όρους της σύμβασης ποσού (ασφαλισματος),
- (3) στη συμμόρφωση της Εταιρείας, με υποχρεώσεις, που επιβάλλονται από το εκάστοτε ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο και στην αποφυγή της ασφαλιστικής εξαπάτησης,
- (4) στην έρευνα, 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:

- A. Δεδομένα Ταυτοποίησης (π.χ. όνομα, επώνυμο, ημερομηνία γέννησης, αριθμό δελτίου ταυτότητας / διαβατηρίου, Α.Μ.Κ.Α., Α.Φ.Μ. κλπ.).
- B. Δεδομένα Επικοινωνίας (π.χ. διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου / αλληλογραφίας, αριθμοί τηλεφώνου / φαξ κλπ.).
- Γ. Δεδομένα Πληρωμής (π.χ. τραπεζικοί λογαριασμοί, χρεωστικές / πιστωτικές και λοιπές κάρτες).
- Δ. Δεδομένα Ασφάλισης (π.χ. δεδομένα που αφορούν την οικονομική / περιουσιακή κατάσταση, δεδομένα υγείας, δεδομένα για οδηγική συμπεριφορά κλπ.).
- E. Δεδομένα Διακανονισμού (π.χ. δεδομένα, απαραίτητα για την διαχείριση των απαιτήσεων από ασφάλιση, που εμπεριέχονται 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, δικηγόροι, 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 ενημέρωσης ή στα πλαίσια ισχύος της σύμβασης ασφάλισής μου, θα τύχουν επεξεργασίας, από τα τμήματα που είναι αρμόδια για την ανάλυση 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 στο βαθμό 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 συνεργαζόμενους με την Εταιρεία παρόχους, όπως ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, αντασφαλιστές, συνεργαζόμενες ασφαλιστικές εταιρίες για την παροχή της κάλυψης, εισπράκτορες ή εταιρίες εισπράξης ασφαλιστρών, συνεργαζόμενες εταιρίες ενημέρωσης οφειλετών, πραγματογνώμονες, ερευνητές, συνεργαζόμενα/ες νοσοκομεία, κλινικές, νοσηλευτικά ιδρύματα, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, εταιρίες παροχής υπηρεσιών υγείας, εταιρίες παροχής συμβουλευτικών και ελεγκτικών υπηρεσιών υγείας, ιατρούς, εταιρίες παροχής επείγουσας μεταφοράς/αερομεταφοράς/διακομιδής, εταιρίες παροχής δεύτερης ιατρικής γνώματευσης, τυχόν συνεργαζόμενες εταιρίες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, συνεργαζόμενες εταιρίες πληροφορικής, συνεργαζόμενες εταιρίες παροχής υπηρεσιών εκτίμησης, οργάνωσης και διαχείρισης 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, Υγειονομικές Περιφέρειες, Τελωνεία, Δ.Ο.Υ., Α.Α.Δ.Ε. (Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Εσόδων), Σ.Δ.Ο.Ε., Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Αστυνομικά Τμήματα, Εισαγγελικές Αρχές, ανεξάρτητες ελεγκτικές εταιρίες, κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους ή σε οιαδήποτε άλλη αρμόδια αρχή, εφόσον αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για την προστασία νομίμων δικαιωμάτων ή την εκπλήρωση υποχρεώσεων της Εταιρείας. Ειδικά δε, στις ασφαλίσσεις του κλάδου αυτοκινήτου, 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 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 συνεργαζόμενους 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 επείγουσας τεχνικής βοήθειας.

Ενημερώθηκα ότι η Εταιρεία θα συλλέγει, αποθηκεύει και εν γένει επεξεργάζεται δεδομένα μου για χρονικό διάστημα μέχρι είκοσι (20) έτη από τη λήξη της ασφαλιστικής σύμβασης με οποιονδήποτε 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 αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

Ενημερώθηκα επίσης ρητά και ΣΥΝΑΙΝΩ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

ότι 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 ερευνών και εταιρίες βοηθητικών ενεργειών.

Έχω επίσης ενημερωθεί ότι, σε σχέση με την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, μπορώ να ασκήσω:

- i. 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,
- ii. το δικαίωμα διόρθωσης των ανακριβών προσωπικών μου δεδομένων ή τη συμπλήρωση των ελλειπών προσωπικών μου δεδομένων και το δικαίωμα διαγραφής («δικαίωμα στη λήθη») των προσωπικών μου δεδομένων, εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επιδίωξη των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεγεί,

- iii. το **δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας**, σε περίπτωση αμφισβήτησης της ακρίβειας αυτών,
- iv. 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
- v. 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 οποιουδήποτε ερωτήματος, παραπόνου, που αφορά προσωπικά δεδομένα, μπορώ να απευθύνομαι** στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων:

- με αποστολή e-mail στη διεύθυνση complaints@np-asfalistiki.gr, επισυνάπτοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρω στην ιστοσελίδα www.np-asfalistiki.gr
- με αποστολή σχετικής επιστολής, με την ένδειξη "DPO", προς «NP 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-asfalistiki.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 δικαιούχου του ασφαλισματος. Εάν μάλιστα η ανάκληση της συγκατάθεσης γίνει κατά το προσυμβατικό στάδιο, τότε η Εταιρεία θα έχει το δικαίωμα να αρνηθεί τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης.

Γνωρίζω εξάλλου ότι, σε περίπτωση που θίγεται, με οποιονδήποτε 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
 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

<p>Έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων και συναινώ σε αυτήν, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο.</p> <p>Όνοματεπώνυμο Α.Φ.Μ. Υπογραφή</p>	<p>Έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων και ΔΕΝ συναινώ σε αυτήν, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο.</p> <p>Όνοματεπώνυμο Α.Φ.Μ. Υπογραφή</p>
---	---