

ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΦΡΟΥΡΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ

ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ
ΜΙΝΕΤΤΑ

ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (ΜΕΛΟΣ)		
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ.ΓΕΝ/ΣΗΣ	ΑΔΤ
ΑΦΜ	ΔΟΥ	ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	EMAIL	

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ (ΣΥΖΥΓΟΙ, ΤΕΚΝΑ ΕΩΣ 25 ΕΤΩΝ)				
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ.ΓΕΝ/ΣΗΣ	ΣΧΕΣΗ

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

- Οι ασφαλιστικές καλύψεις ισχύουν από την ημερομηνία ενεργοποίησης του συμβολαίου, που θα ορίσει το «Σωματείο Ειδικών Φρουρών Ελληνικής Αστυνομίας Αττικής» μετά τη συμπλήρωση του προβλεπόμενου κατώτατου αριθμού συμμετοχών και με την προϋπόθεση εξόφλησης της πρώτης συμφωνημένης δόσης ασφαλιστρού.
- Όπως έχει συμφωνηθεί, η πληρωμή των ασφαλιστρον θα γίνεται μέσω πάγιας εντολής μηνιαίας χρέωσης από τους ατομικούς λογαριασμούς των ασφαλισμένων σε οποιαδήποτε Τράπεζα, βάσει της ακόλουθης διαδικασίας:
 - Μετά την υποβολή των αιτήσεων και την οριστικοποίηση του αριθμού των ασφαλισμένων, η Εταιρία θα παραγάγει ισάριθμους ηλεκτρονικούς κωδικούς που θα αποστείλει εξατομικευμένα σε κάθε ασφαλισμένο (με email).
 - Κάθε ασφαλισμένος, κάνοντας χρήση του ηλεκτρονικού κωδικού του, θα πρέπει να ενεργοποιήσει την πάγια εντολή σε συνεννόηση με την Τράπεζά του.
 - Στη συνέχεια, η Εταιρία θα προβαίνει αυτόματα κάθε μήνα στην είσπραξη των ασφαλιστρον.

Δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι ορθά, συμφωνώ δε ότι τα στοιχεία αυτά, μαζί με τυχόν έγγραφες συμπληρωματικές πληροφορίες, θα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /

Υπογραφή κυρίως ασφαλιζομένου

Ο/ Η κάτωθι υπογράφων/ουσα δηλώνω ότι ενημερώθηκα για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, τόσο των απλών όσο και των ειδικών κατηγοριών, και παρέχω, σύμφωνα με τις διατάξεις των Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ. Κανονισμός (Ε.Ε.) 2016/679) και της ισχύουσας Ελληνικής νομοθεσίας, τη ρητή συγκατάθεσή μου στην Εταιρία με την επωνυμία «ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΙΣ - ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ MINETTA Α.Ε.Ε.Γ.Α» Λεωφόρος Συγγρού 193-195 & Πλ. Χρ. Σμύρνης 2, Τ.Κ. 17121, Α.Φ.Μ. 094040925 και αποδέχομαι τη συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση προσωπικών μου δεδομένων για την εξυπηρέτηση των σκοπών, όπως ορίζονται κατωτέρω.

1. ΣΚΟΠΟΙ

Οι σκοποί για τους οποίους γίνεται επεξεργασία δεδομένων μου, συνίστανται στους εξής:

- στην 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,
- στη διαχείριση 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 και της καταβολής του προβλεπόμενου στους όρους της σύμβασης ποσού (ασφαλισματος),
- στη συμμόρφωση της Εταιρίας με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το εκάστοτε ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο και στην αντιμετώπιση της ασφαλιστικής εξαπάτησης.

2. ΠΗΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ

- Η Εταιρία συλλέγει προσωπικά μου δεδομένα που 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 Εταιρία στο μέλλον είτε προφορικά είτε με οποιοδήποτε άλλο μέσο, έγγραφο ή ηλεκτρονικό.
- Επίσης, η Εταιρία κατά την διακριτική της ευχέρεια, για την εκπλήρωση αποκλειστικά των σκοπών που ορίζονται στην παρ. 1 του παρόντος, ζητά και συλλέγει δεδομένα μου από τρίτα, συνεργαζόμενα με την Εταιρία, μέρη που καλύπτουν υπηρεσίες παροχών υγείας και ατυχημάτων, καθώς και από υπηρεσίες στατιστικής και βάσεων δεδομένων της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών.

3. ΕΙΔΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Η επεξεργασία δεδομένων μου από την Εταιρία περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες:

- Δεδομένα Ταυτοποίησης: όνομα, επώνυμο, πατρώνυμο, ημερομηνία γέννησης, αριθμό αστυνομικής ταυτότητας/διαβατηρίου, Δ.Ο.Υ., Α.Μ.Κ.Α., Α.Φ.Μ.
- Δεδομένα Επικοινωνίας: διεύθυνση αλληλογραφίας (κατοικίας και εργασίας), αριθμοί τηλεφώνων/ φαξ ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.
- Δεδομένα Διακανονισμού: δεδομένα απαραίτητα για τη διαχείριση των απαιτήσεων από ασφάλιση που εμπεριέχονται στην αίτηση καταβολής αποζημίωσης/εξαγοράς/καταβολής ασφαλισματος ή σε συνοδευτικά αυτής έγγραφα/δικαιολογητικά ή σχετίζονται με αυτήν.

4. ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ

Δεδομένα μου μπορεί να διαβιβαστούν:

- σε άλλες (αντ)ασφαλιστικές εταιρίες έπειτα από υποβολή νόμιμου αιτήματος, περιπτώσεις συνασφάλισης, διπλής ασφάλισης ή την περιστολή της ασφαλιστικής εξαπάτησης, τη θεμελίωση δικαιωμάτων ή την άσκηση και υποστήριξη νομικών αξιώσεων,
- σε δημόσιες /δικαστικές αρχές, στην εποπτική αρχή Τράπεζα της Ελλάδος,
- στην Υπηρεσία Στατιστικής των Ασφαλιστικών Εταιριών (αρχείο Υ.Σ.Α.Ε.) της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος,
- σε συνεργαζόμενους με την εταιρία παρόχους στο πλαίσιο της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης, όπως παρόχους υπηρεσιών υγείας, νοσηλευτικά ιδρύματα, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιατρούς, δικηγόρους και δικαστικούς επιμελητές, πραγματογνώμονες, παρόχους φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, υπηρεσιών τηλεφωνικής εξυπηρέτησης πελατών, και σε εταιρεία αποστολής ενημερωτικών εντύπων.

5. ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η Εταιρία θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται εν γένει τα προσωπικά σας δεδομένα, σε έγχαρτη ή σε ηλεκτρονική μορφή, για όσο διάστημα διαρκεί η μεταξύ μας συμβατική σχέση. Σε περίπτωση που η σύμβαση διακοπεί ή λήξει με οποιονδήποτε τρόπο, θα τηρούμε τα δεδομένα σας για όσο χρόνο απαιτείται μέχρι να επέλθει η παραγραφή των σχετικών αξιώσεων και σε κάθε περίπτωση για όσο χρόνο απαιτείται και επιβάλλεται από το ισχύον κανονιστικό και νομοθετικό πλαίσιο. Σημειώνουμε ότι εφόσον

5. ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

εκκρεμεί δικαστική διένεξη, τα προσωπικά σας δεδομένα θα διατηρηθούν μέχρι την περαίωσή της με αμετάκλητη δικαστική απόφαση. Σε περίπτωση που μας υποβάλλεται αίτηση ασφάλισης αλλά δεν επακολουθήσει τελικά σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης, η Εταιρία θα διατηρεί τα δεδομένα σας για τρία (3) έτη.

6. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω ανά πάσα στιγμή την παρούσα συγκατάθεσή μου, καθώς και για τις συνέπειες της τυχόν ανάκλησης.

Ειδικότερα ενημερώθηκα ότι στην περίπτωση που ανακαλείται η συγκατάθεση ως προς δεδομένα, η επεξεργασία των οποίων είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης, η Εταιρία έχει το δικαίωμα να καταγγείλει τη σύμβαση. Εάν η ανάκληση της συγκατάθεσης γίνει κατά το προσυμβατικό στάδιο, τότε η Εταιρία έχει το δικαίωμα να αρνηθεί τη σύναψη της σύμβασης.

Επιπλέον, ενημερώθηκα για τα παρακάτω δικαιώματά μου, όπως αυτά ισχύουν υπό τις προϋποθέσεις που ορίζονται στο Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων (Ε.Ε. 2016/679) και την ισχύουσα Ελληνική νομοθεσία. Συγκεκριμένα:

- Δικαιούμαι να έχω πρόσβαση στα προσωπικά μου δεδομένα που τηρεί, διαθέτει και επεξεργάζεται η Εταιρία.
- Δικαιούμαι να ζητήσω τη διόρθωση ανακριβών ή ανεπίκαιρων δεδομένων που με αφορούν ή τη συμπλήρωση ελλιπών δεδομένων μου.
- Δικαιούμαι να ζητώ τη διαγραφή δεδομένων μου από τα αρχεία της Εταιρίας εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επίδωξη των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεχθεί.
- Δικαιούμαι να ζητώ τον περιορισμό της χρήσης δεδομένων μου σε περίπτωση που αμφισβητώ την ακριβειά τους.
- Δικαιούμαι να λαμβάνω τα δεδομένα που έχω ο ίδιος παράσχει σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο.

Η άσκηση των προαναφερομένων δικαιωμάτων προϋποθέτει την υποβολή έγγραφης αίτησης στην Εταιρία «ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΙΣ - ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΜΙΝΕΤΤΑ Α.Ε.Ε.Γ.Α» - Λεωφόρος Συγγρού 193-195 & Πλ. Χρ. Σμύρνης 2, Τ.Κ. 17121. Για οποιοδήποτε θέμα μπορώ να απευθυνθώ στο γραφείο Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων (ΥΠΔ) της Εταιρίας: τηλ.: 210 9309500, email: dpo@minetta.gr σε κάθε δε περίπτωση δικαιούμαι να απευθυνθώ στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είτε σε γραπτή μορφή (Κηφισιάς 1-3, Τ.Κ. 115-23) είτε ηλεκτρονικά (www.dpa.gr).

Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερομένων δικαιωμάτων, η Εταιρία θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίηση του εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτά για την ικανοποίησή του, ή τους λόγους που εμποδίζουν την άσκηση.

7. ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η εταιρεία διενεργεί πράξεις επεξεργασίας δεδομένων με την υποστήριξη αυτοματοποιημένων διαδικασιών που έχουν ως σκοπό την εκτίμηση του κινδύνου. Οι αυτοματοποιημένες διαδικασίες που εφαρμόζει η Εταιρεία βασίζονται σε αναλύσεις παραμέτρων που καθιστούν αντικειμενική την αξιολόγηση του κινδύνου και την ένταξή του σε ομοιογενή ομάδα κινδύνων με βάση τη συχνότητα και την ένταση των ζημιών. Σε περίπτωση διατύπωσης εκ μέρους του υποψηφίου λήπτη της ασφάλισης αντιρρήσεων ή αμφισβήτησης, αυτός δύναται να επικοινωνεί με την Εταιρεία για την παροχή διευκρινήσεων/ επεξηγήσεων.

8. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Ενημερώθηκα ότι για ανήλικους κάτω των 18 ετών ή άλλου εκ του νόμου ηλικιακού ορίου οι οποίοι συμμετέχουν στην ασφάλιση με την ιδιότητα του ασφαλισμένου, η επεξεργασία είναι σύνομη μόνο εάν η συγκατάθεση παρέχεται ή εγκρίνεται από το πρόσωπο που έχει τη γονική μέριμνα του ανηλίκου.

Ενημερώθηκα επίσης ότι ο ανήλικος θα πρέπει να δώσει αυτοπροσώπως τη συγκατάθεσή του όταν συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας του ή την εκάστοτε εκ του νόμου προβλεπόμενη ηλικία.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /

Έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων και συναινώ σε αυτήν, όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ:

Όνοματεπώνυμο: Υπογραφή:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ (Η ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΑΝΗΛΙΚΩΝ):

1. Όνοματεπώνυμο: Υπογραφή:

2. Όνοματεπώνυμο: Υπογραφή:

3. Όνοματεπώνυμο: Υπογραφή:

4. Όνοματεπώνυμο: Υπογραφή: