

Για την υποβολή αιτήσεως στην εταιρία παρακαλούμε όπως επισκεφθείτε την ηλεκτρονική διεύθυνση στο διαδίκτυο <http://www.orizonins.gr/contact-us/> ή τηλεφωνήστε στο 2103227932
 For submission of complaints please visit the website <http://orizonins.gr/contact-us> or call us at 2103227932

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΣΚΑΦΟΥΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΝΑΨΥΧΗΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ – ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ

Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛ/ΦΙΑΣ: ΟΔΟΣ ΑΡ: ΤΚ ΠΟΛΗ

ΑΦΜ ΔΟΥ E-MAIL

ΤΗΛ: ΣΤΑΘΕΡΟ ΚΙΝΗΤΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

ΑΡ.ΑΔΕΙΑΣ ΑΦΜ ΑΔΤ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΚΑΦΟΥΣ

ΟΝΟΜΑ ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΕΜΒΟΛΟΓΙΟΥ/ΝΗΟΛΟΓΙΟΥ

ΤΥΠΟΣ ΣΚΑΦΟΥΣ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΟ ΙΣΤΙΟΠΛΟΪΚΟ JET SKI

ΥΛΙΚΟ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΧΡΗΣΗ ΜΗΚΟΣ ΠΛΑΤΟΣ

ΚΥΡΙΑ ΒΟΗΘΗΤΙΚΗ

ΤΥΠΟΣ ΜΗΧΑΝΗΣ ΕΞΩ /ΛΒ ΕΣΩ /ΛΒ ΕΣΩ-ΕΞΩ /ΛΒ ΕΞΩ /ΛΒ ΕΣΩ /ΛΒ ΕΣΩ-ΕΞΩ /ΛΒ

ΚΑΥΣΙΜΟ ΠΕΤΡΕΛΑΙΟ ΒΕΝΖΙΝΗ ΠΕΤΡΕΛΑΙΟ ΒΕΝΖΙΝΗ

ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ ΜΗΧΑΝΗΣ

ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ

ΙΠΠΟΔΥΝΑΜΗ

ΚΑΥΣΙΜΟ

ΕΠΕΚΤΑΣΕΙΣ ΚΑΛΥΨΕΩΝ

ΣΚΙ ΑΛΕΞΙΠΤΩΤΟ ΕΛΚΥΘΡΟ

ΔΑΚΤΥΛΙΟΣ ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΚΑΛΥΨΗΣ ΣΕ ΤΟΥΡΚΙΚΑ ΠΑΡΑΛΙΑ

ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΖΗΜΙΕΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Από λήξη του μεσονυκτίου της/...../..... μέχρι λήξη του μεσονυκτίου της/...../..... Τρόπος πληρωμής:

Ανεπιφύλακτα αποδέχομαι ότι: α) Η παρούσα δεν αποτελεί Ασφαλιστήριο συμβόλαιο ούτε βεβαίωση ασφάλισης, ούτε δημιουργεί οποιαδήποτε υποχρέωση η δέσμευση της Εταιρίας προς οποιονδήποτε ανεξαιρέτως λόγου και αιτίας, β) Η έκδοση ασφαλιστηρίου συμβολαίου τελεί υπό την προϋπόθεση αποδοχής της αίτησής μου από την Εταιρία και μόνο εφόσον καταβάλλω εμπρόθεσμα το οφειλόμενο ασφάλιστρο, γ) Οποιαδήποτε κοινοποίηση από την Εταιρία προς εμένα θα γίνεται νόμιμα στην ανωτέρω αναγραφόμενη διεύθυνσή μου, δ) Η παρούσα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου εφόσον εκδοθεί τούτο.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΚΕΙΜΕΝΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Η ασφαλιστική επιχείρηση με την επωνυμία «ΟΡΙΖΩΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» (εφεξής «ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστική») είναι ελληνική ασφαλιστική εταιρεία με σκοπό τη διενέργεια ασφαλίσεων Ζωής και Ζημιών καθώς και αντασφαλίσεων.

Με το παρόν σας ενημερώνουμε ότι η ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστική θα διατηρεί σε αρχείο και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα ειδικών κατηγοριών - ευαίσθητα και μη. Η επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων έγκειται στη συλλογή, καταχώριση, οργάνωση, διάρθρωση, αποθήκευση, προσαρμογή, μεταβολή, ανάκτηση, αναζήτηση πληροφοριών, κοινολόγηση, διαβίβαση, διάδοση ή κάθε άλλης μορφής διάθεση, συσχέτιση, συνδυασμό, περιορισμό, διαγραφή ή καταστροφή. Η τήρηση και επεξεργασία του αρχείου προσωπικών δεδομένων εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής του Κανονισμού 679/2016/ ΕΕ, καθώς και των λοιπών Κανονισμών και Νόμων που εκάστοτε ισχύουν για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και διενεργείται σύμφωνα με τους όρους και τις διατάξεις των ανωτέρω σχετικών Κανονισμών και Νόμων.

Επικοινωνία με την ΟΡΙΖΩΝ ΑΕΓΑ

Μπορείτε να επικοινωνείτε με την ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστική προκειμένου να ενημερώνεστε για την τήρηση, την επεξεργασία, καθώς και για τα σχετικά σας δικαιώματα με τους ακόλουθους τρόπους:

- Διεύθυνση: Λεωφόρος Αμαλίας 26^α, Αθήνα, 10557, Ελλάδα
- τηλ.: + 3 0 210 3227932
- φάξ: + 3 0 210 3225540
- e-mail: info@orizonins.gr
- ηλεκτρονική δ/υση: www.orizonins.gr

Ταυτότητα και στοιχεία επικοινωνίας του Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων (Data Protection Officer)

- Υπεύθυνος Προστασίας Δεδομένων: κ. Χριστόφορος Τσακαρισιάνος
- τηλ.: + 3 0 210 3227932
- φάξ: + 3 0 2103225540
- e-mail: dpo@orizonins.gr

Σκοπός της επεξεργασίας

Σκοπός και νομική βάση της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα είναι η υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συναλλακτικής μας σχέσης και περιορίζεται αυστηρά και μόνο στις αναγκαίες ενέργειες επεξεργασίας για τους σκοπούς της. Επίσης, τα προσωπικά σας δεδομένα δύναται να χρησιμοποιηθούν για στατιστικούς σκοπούς, δηλαδή για την πραγματοποίηση στατιστικών ερευνών ή για την παραγωγή στατιστικών συμπερασμάτων καθώς και για εμπορικούς σκοπούς, ήτοι την προώθηση προϊόντων ή τη διεξαγωγή ερευνών σχετικών με την ικανοποίηση πελατών κ.λπ. Σε κάθε περίπτωση, θα λαμβάνεται η δική σας συγκατάθεση προς τούτο.

Επιπρόσθετα, ενδέχεται τα δεδομένα σας, προσωπικού χαρακτήρα, να υπόκεινται σε αυτοματοποιημένη επεξεργασία με σκοπό, κυρίως, την κατάρτιση προφίλ, η οποία είναι αναγκαία για τη σύναψη ή εκτέλεση της μεταξύ μας σύμβασης. Σε περίπτωση που τυχόν υπάρξει ανάγκη για αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων, οι οποίες θα αφορούν το πρόσωπό σας, και οι οποίες θα διενεργηθούν βάσει της ως άνω διαδικασίας, θα ενημερωθείτε προηγουμένως σχετικώς, προκειμένου να συναινέσετε ρητώς προς τούτο.

Προσωπικά δεδομένα ανήλικων ατόμων

Η Ορίζων Ασφαλιστική δεν αναζητά ούτε συλλέγει σκοπίμως προσωπικά δεδομένα από άτομα ηλικίας κάτω των δεκαέξι (16) ετών, ούτε το περιεχόμενο της ιστοσελίδας της απευθύνεται σε άτομα των ηλικιών αυτών. Εάν η Ορίζων Ασφαλιστική ανακαλύψει ότι έχει συλλέξει κατά λάθος προσωπικά δεδομένα από ανήλικους, θα διαγράψει τα προσωπικά τους δεδομένα στο συντομότερο, εύλογα δυνατά, χρόνο. Εντούτοις, η Ορίζων Ασφαλιστική ενδέχεται να συλλέξει προσωπικά δεδομένα ανήλικων κάτω των δεκαέξι (16) ετών απευθείας από τους ασκούντες τη γονική μέριμνα ή τους επιτρόπους τους, με τη ρητή συγκατάθεση αυτών, και με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συναλλακτικής σχέσης. Η Ορίζων Ασφαλιστική ευθαρρύνει τους γονείς και κηδεμόνες να αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στην διαδικτυακή παρουσία και δραστηριότητα των παιδιών τους.

Τα κριτήρια που καθορίζουν το χρονικό διάστημα, για το οποίο θα αποθηκευτούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα αποθηκεύονται για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την εκτέλεση της συναλλακτικής μας σχέσης. Κριτήριο προσδιορισμού του χρόνου, κατά τον οποίο τα προσωπικά σας δεδομένα θα αποθηκευτούν, είναι η αναγκαιότητα διαφύλαξης των συμφερόντων των συναλλασσόμενων με την ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστική, αλλά και της ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστικής.

Διαβίβαση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Η ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστική διαβιβάζει, κατόπιν δικής σας ρητής συγκατάθεσης, τα προσωπικά σας δεδομένα σε συνεργαζόμενα με αυτήν διαμεσολαβούσα πρόσωπα και λοιπά συνεργαζόμενα πρόσωπα, σε πραγματώνώμενες, σε εταιρίες διαχείρισης υπηρεσιών υγείας, σε ιατρούς, σε δημόσιες ή δικαστικές αρχές.

Δικαιώματα που έχετε, ως υποκείμενο των δεδομένων

Ως υποκείμενο των δεδομένων, διατηρείτε όλα τα δικαιώματα που προβλέπονται από τον Κανονισμό 679/2016 ΕΕ, καθώς και τους λοιπούς Κανονισμούς και Νόμους που εκάστοτε ισχύουν για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ενδεικτικά, έχετε τα εξής δικαιώματα:

1. το δικαίωμα διόρθωσης ανακριβών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν,
2. το δικαίωμα στη λήθη δηλαδή να ζητήσετε τη διαγραφή των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν
3. το δικαίωμα να εξασφαλίσετε τον περιορισμό επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων,
4. το δικαίωμα να λαμβάνετε γνώση της διόρθωσης ή διαγραφής ή περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων σας,
5. το δικαίωμα να αντιτάσσετε ανά πάσα στιγμή στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα,
6. το δικαίωμα στην φρονητότητα των δεδομένων σας, δηλαδή να λαμβάνετε τα δεδομένα σας προσωπικού χαρακτήρα σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο και αναγνώσιμο από μηχανήματα μορφότυπο, καθώς και το δικαίωμα να διαβιβάζετε τα εν λόγω δεδομένα σε άλλον υπεύθυνο επεξεργασίας,
7. το δικαίωμα στην πρόσβαση, στα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που διαθέτει η ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστική και της λήψης πληροφοριών, για όλα τα δεδομένα που σας αφορούν, καθώς και την προέλευσή τους, τους σκοπούς της επεξεργασίας, τους αποδέκτες ή τις κατηγορίες αποδεκτών και την εξέλιξη της επεξεργασίας από την τελευταία ενημέρωση.

Τα ως άνω δικαιώματα δύνασθε να τα ασκήσετε, κατόπιν υποβολής σχετικού συγκεκριμένου γραπτού αιτήματος για ενέργεια, το οποίο θα απευθύνετε με μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση dpo@orizonins.gr ή με την αποστολή ταχυδρομικής επιστολής στα γραφεία της ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστικής στη Λεωφ. Αμαλίας 26^α, ΤΚ 10557.

Εφόσον ασκήσετε οποιοδήποτε από τα δικαιώματά σας αυτά θα λάβουμε κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίηση του αιτήματός σας εντός 30 ημερολογιακών ημερών από την λήψη του σχετικού αιτήματος, αφού σας ενημερώσουμε είτε για την ικανοποίησή του είτε για τους αντικειμενικούς λόγους που εμποδίζουν την ικανοποίησή του.

Καταγγελία

Ως υποκείμενο των δεδομένων έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, εφόσον θεωρείτε ότι η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορά, παραβιάζει τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό 679/2016 ή τυχόν άλλο Νόμο που ισχύει σχετικά με την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, καθώς και στην επιβλέπουσα Αρχή.

■ Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Λεωφ. Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 11523, Αθήνα
τηλ.: 210 647 5600
φάξ: 210 647 5628

■ Τράπεζα της Ελλάδος (Εποπτική Αρχή)

Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης Ελευθερίου Βενιζέλου 21, Τ.Κ. 10250, Αθήνα τηλ.: 210 320 5222, 210 320 5223
φάξ: 210 320 5437, 210 320 5438

Η παροχή δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα αποτελεί νομική υποχρέωσή σας - συνέπειες μη παροχής των δεδομένων αυτών

Επιστημαίνουμε ότι μπορείτε οποιαδήποτε στιγμή να ανακαλέσετε την συγκατάθεσή σας στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων σας που έχουν συλλεγεί για τους σκοπούς της σύμβασης ασφάλισης. Ωστόσο, σας δηλώνουμε ότι η ανάκληση της συγκατάθεσής σας όπως και η άσκηση του δικαιώματος εναντίωσης στην επεξεργασία των δεδομένων σας, θα έχει ως συνέπεια την διακοπή και την λήξη της μεταξύ μας σύμβασης ασφάλισης και την μη κάλυψή σας 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 ασφαλισματος.

Τέλος σας ενημερώνουμε ότι κατά τη σύναψη της ασφάλισης, υποχρεούστε εκ του Νόμου να δηλώσετε κάθε στοιχείο ή περιστατικό που γνωρίζετε και το οποίο είναι αντικειμενικά ουσιώδες για την εκτίμηση του κινδύνου, καθώς επίσης να απαντήσετε σε κάθε σχετική ερώτηση. Σε περίπτωση παράβασης της υποχρέωσής σας αυτής, ο Νόμος δίνει το δικαίωμα στην ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστική να καταγγείλει την ασφαλιστική σύμβαση ή να ζητήσει την τροποποίησή της, ανάλογα με το είδος της ασφάλισης και τη μορφή της παράβασης. Σε περίπτωση δε παράβασης της υποχρέωσής σας αυτής από δόλο, η ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστική ενδέχεται να απαλλαγεί από την υποχρέωσή της για καταβολή αποζημίωσης.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ - ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΟΡΙΖΩΝ ΑΕΓΑ

Ο/η υπογράφων/ουσα το παρόν :

Συγκατατίθεμαι όπως η ΟΡΙΖΩΝ ΑΕΓΑ (εφεξής «ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστική») συλλέγει και επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα, ειδικών κατηγοριών - ευαίσθητα και μη, που θα περιέλθουν στην ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστική επ' ευκαιρία της συναλλακτικής μας σχέσης καθ' όλη τη διάρκεια της, αλλά και μετά τη λήξη της και για όσο διάστημα είναι αναγκαίο για την υπεράσπιση δικαιωμάτων της ή δικών μου δικαιωμάτων.

Επίσης συμφωνώ και αποδέχομαι ότι:

Η ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστική θα διατηρεί σε αρχείο και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα, ειδικών κατηγοριών - ευαίσθητα και μη, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συναλλακτικής μας σχέσης. Η ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστική είναι εξουσιοδοτημένη να διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα στα συνεργαζόμενα με αυτήν διαμεσολαβούντα πρόσωπα και λοιπά συνεργαζόμενα πρόσωπα, σε πραγματογνώμονες, σε εταιρίες διαχείρισης υπηρεσιών υγείας, σε ιατρούς, σε δημόσιες ή δικαστικές αρχές.

Δηλώνω ότι μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου που προβλέπονται από τον Κανονισμό ΕΕ 679/2016, καθώς και τους λοιπούς Κανονισμούς και Νόμους που εκάστοτε ισχύουν για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Μου γνωστοποιήθηκε ότι έχω τα εξής δικαιώματα, τα οποία δύναμαι να ασκήσω εγγράφως και ενημερώθηκα ότι τα σχετικά υποδείγματα βρίσκονται στην ιστοσελίδα της ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστικής www.orizonins.gr:

1. το δικαίωμα διόρθωσης ανακριβών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν,
2. το δικαίωμα να ζητήσω τη διαγραφή δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν (δικαίωμα στη λήθη),
3. το δικαίωμα να εξασφαλίσω τον περιορισμό επεξεργασίας των προσωπικών μου δεδομένων,
4. το δικαίωμα να λαμβάνω γνώση της διόρθωσης ή διαγραφής ή περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων μου,
5. το δικαίωμα να εναντιώνομαι ανά πάσα στιγμή στην επεξεργασία των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα,
6. το δικαίωμα να λαμβάνω τα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο και αναγνώσιμο από μηχανήματα μορφότυπο, καθώς και το δικαίωμα να διαβιβάζω τα εν λόγω δεδομένα σε άλλον υπεύθυνο επεξεργασίας (φορητότητα των δεδομένων) και
7. το δικαίωμα στην πρόσβαση στα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα που διαθέτει η ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστική και στη λήψη πληροφοριών για όλα τα δεδομένα που με αφορούν, καθώς και για την προέλευσή τους, τους σκοπούς της επεξεργασίας, τους αποδέκτες ή τις κατηγορίες αποδεκτών και την εξέλιξη της επεξεργασίας τους από την τελευταία μου ενημέρωση.

Δικαιούμαι να υποβάλλω έγγραφη αντίρρηση για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, υποβάλλοντας αίτημα για τη συγκεκριμένη ενέργεια, όπως διόρθωση, προσωρινή μη χρησιμοποίηση, δέσμευση, μη διαβίβαση ή διαγραφή.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι ενημερώθηκα ότι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα αποθηκεύονται για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την εκτέλεση της συναλλακτικής μας σχέσης. Κριτήριο προσδιορισμού του χρόνου, κατά τον οποίο τα προσωπικά μου δεδομένα θα αποθηκευτούν είναι η αναγκαιότητα διαφύλαξης των δικών μου συμφερόντων, αλλά και της ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστικής.

Μου γνωστοποιήθηκε ότι η επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών (ευαίσθητων και μη) θα γίνει, εκτός των άλλων και :

1. για την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συναλλακτικής σχέσης
2. για στατιστικούς σκοπούς, δηλαδή για την πραγματοποίηση στατιστικών ερευνών ή για την παραγωγή στατιστικών συμπερασμάτων,
3. με χρήση εκ μέρους της ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστικής αυτοματοποιημένης επεξεργασίας συμπεριλαμβανομένης και της κατάρτισης προφίλ, δηλαδή θα λαμβάνονται αποφάσεις με τις οποίες αξιολογούνται προσωπικά μου στοιχεία αποκλειστικά με αυτοματοποιημένη επεξεργασία.

Δηλώνω ότι επιθυμώ την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων μου για τους σκοπούς σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης

Δηλώνω ότι δε δέχομαι την επεξεργασία αυτή με συνέπεια να μην πραγματοποιηθεί ή και να διακοπεί η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης

Ειδικά μου ζητήθηκε η συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών (ευαίσθητων και μη) για εμπορικούς σκοπούς, όπως για παράδειγμα για την προώθηση προϊόντων ή τη διεξαγωγή ερευνών σχετικών με την ικανοποίηση πελατών κ.λπ.

Δηλώνω ρητά ότι δέχομαι την επεξεργασία για εμπορικούς σκοπούς

Επίσης, έχω ενημερωθεί και συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων και αυτών των ειδικών κατηγοριών (ευαίσθητων και μη), όπως αυτή περιγράφεται ανωτέρω αλλά και στο ενημερωτικό κείμενο σχετικά με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που βρήκα στην ιστοσελίδα της ΟΡΙΖΩΝ Ασφαλιστικής, www.orizonins.gr.

Ο συναινών/ Η συναינוύσα στην επεξεργασία.	
Ημερομηνία	_____
Όνοματεπώνυμο	_____
ΑΦΜ	_____
Υπογραφή:	_____

Ο συναινών/ Η συναינוύσα στην επεξεργασία.	
Ημερομηνία	_____
Όνοματεπώνυμο	_____
ΑΦΜ	_____
Υπογραφή:	_____

Ο συναινών/ Η συναינוύσα στην επεξεργασία.	
Ημερομηνία	_____
Όνοματεπώνυμο	_____
ΑΦΜ	_____
Υπογραφή:	_____

Ο συναινών/ Η συναינוύσα στην επεξεργασία.	
Ημερομηνία	_____
Όνοματεπώνυμο	_____
ΑΦΜ	_____
Υπογραφή:	_____

Επίσης ανεπιφύλακτα δηλώνω ότι: α) Έλαβα γνώση του εντύπου της εταιρίας με τις πληροφορίες που προβλέπει το άρθρο 150 του Ν.4364/2016 όπως ισχύει, β) των Γενικών και Ειδικών Όρων ασφάλισης τους οποίους ανέγνωσα και αποδέχομαι, γ) οποιαδήποτε δήλωση του διαμεσολαβούντος προσώπου η οποία διαφοροποιεί τα ανωτέρω δεν δεσμεύει την Εταιρία

Τέλος, οι κατωτέρω υπογράφωντες (τόσο ο διαμεσολαβών συνεργάτης ατομικής και κατ' ειδική και ανεπιφύλακτη εντολή του ασφαλισμένου-λήπτη της ασφάλισης, όσο και ο ίδιος ο αιτών της ασφάλισης) διαβάσαμε με προσοχή τα παραπάνω, τα οποία αποδεχόμαστε απόλυτα και ανεπιφύλακτα.

Το ενημερωτικό κείμενο και το έγγραφο συναίνεσης αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της Αίτησης Ασφάλισης

Ο υπογράφων την παρούσα, δηλώνω ότι όλα τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και ότι δεν παρέλειψα και δεν απέκρυψα κάτι το οποίο θα μπορούσε να επηρεάσει την ασφάλιση του κινδύνου και συμφωνώ ότι σε περίπτωση που εκδοθεί ασφαλιστήριο συμβόλαιο, το παρόν αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ασφαλιστηρίου αυτού.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ

Ο/Η ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ ΚΑΙ ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

.....

.....

.....