

Προς
Allianz Ελλάς ΑΑΕ
Λ. Αθηνών 110 & Χρηματιστηρίου 8
Αθήνα 104 42

Ημερομηνία:

Αφορά: Ασφαλιστήριο :
Ονοματεπώνυμο Ασφαλισμένου :
Αριθ.Φακέλου Ζημίας :

Κύριοι,

Αναφερόμεν... στο ατύχημα που συνέβη στις / / 201 (βάσει συνημμένης δήλωσης) καθώς και στις επακόλουθες αξιώσεις μου σχετικά με Υλικές Ζημίες/Σωματικές Βλάβες που υπέστην, θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι, σας παρέχω τη συγκατάθεσή μου όπως επιλέξετε και διορίσετε δικηγόρο/συνεργάτη της Εταιρίας σας, προκειμένου, σύμφωνα με τις καλύψεις και τους όρους του προαναφερθέντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου, να υπερασπιστεί τα έννομα συμφέροντα μου διεκδικώντας για λογαριασμό μου από την υπαίτιο εταιρία τις σχετικές απαιτήσεις μου.

Η επιδικασθείσα δικαστική δαπάνη θα αποδοθεί στην Εταιρία.

Ευχαριστώ.

Με εκτίμηση,

(υπογραφή Ασφαλισμένου)

Αριθμός Αιτήματος

Ενημέρωση για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων που παρέχονται στο παρόν έντυπο

Υπεύθυνος Επεξεργασίας: Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία, Λ. Αθηνών 110, Κτίριο Γ', 104 42 Αθήνα, τηλ. 2106905500
Στοιχεία Επικοινωνίας Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων: τηλ. 2106999999, email: customercontact@allianz.gr

Σκοπός Επεξεργασίας:

- Οποιαδήποτε επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων διεξάγεται αποκλειστικά για την εκτέλεση και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, την εν γένει εξυπηρέτηση, παρακολούθηση και υποστήριξη της συμβατικής σχέσης που δημιουργείται με την υπογραφή του παρόντος, συμπεριλαμβανομένης αυτοματοποιημένης λήψης απόφασης και κατάρτισης προφίλ, για σκοπούς εκτίμησης κινδύνου.
- Εμπορική επικοινωνία, προωθητικές ενέργειες, έρευνες ικανοποίησης πελατών και επιστημονική επικοινωνία, με την παροχή συγκατάθεσής σας στο παρόν έντυπο.
- Συμμόρφωση της εταιρείας μας με τις υποχρεώσεις που απορρέουν από την νομοθεσία
- Νόμιμα συμφέροντα της εταιρείας μας, όπως για λόγους πρόληψης και ανίχνευσης απάτης.

Αποδέκτες Δεδομένων:

- Ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας: Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία
- Φυσικά ή Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου, τα οποία εκτελούν την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων κατ' εντολή του Υπευθύνου Επεξεργασίας, παρέχοντας τα απαιτούμενα εγγύα για την σύννομη επεξεργασία τους.
- Δημόσιες Αρχές, Υπηρεσίες και Οργανισμοί στο πλαίσιο εκπλήρωσης των σχετικών νόμιμων υποχρεώσεων του Υπευθύνου Επεξεργασίας.
- Εταιρείες του Ομίλου Allianz, και σε περίπτωση μεταφοράς εκτός Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, βάσει νομίμως εγκεκριμένων Δεσμευτικών Εταιρικών Κανόνων.

Χρονικό Διάστημα Διατήρησης: Το απαιτούμενο για την εκτέλεση και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, την συμπλήρωση του νόμιμου χρόνου παραγραφής σχετικών αξιώσεων και την συμμόρφωσή με νόμιμες υποχρεώσεις της εταιρείας μας.

Δικαιώματα που αφορούν τα προσωπικά δεδομένα: Το Υποκείμενο των Δεδομένων δικαιούται πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, φορητότητας δεδομένων, περιορισμού, εναντίωσης στην επεξεργασία, για τα προσωπικά δεδομένα που το αφορούν και μπορεί να τα ασκήσει υποβάλλοντας σχετικό αίτημα στην εταιρεία μας.

Ανάκληση συγκατάθεσης: Μπορεί να λάβει χώρα οποτεδήποτε, ωστόσο, κατά περίπτωση, ενδεχομένως να συνεπάγεται την διακοπή της ασφαλιστικής σύμβασης, καθώς δε θα νομιμοποιούμαστε πλέον να επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά δεδομένα σας και να παρέχουμε τις υπηρεσίες μας.

Ενημέρωση για αυτοματοποιημένη λήψη απόφασης και κατάρτισης προφίλ: Χρησιμοποιούμε την αυτοματοποίηση στις εργασίες μας, στην ανάληψη κινδύνου για τις ασφάλισης αυτοκινήτου και τις ασφάλισης υγείας, πάντοτε υπό την εποπτεία του υπεύθυνου υπαλλήλου.

Σας ενημερώνουμε ότι σε περίπτωση περιστατικού απώλειας των προσωπικών δεδομένων σας, θα σας ενημερώσουμε, σύμφωνα με την σχετική νομοθεσία.

Σας ενημερώνουμε ότι έχετε δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην αρμόδια εποπτική αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Η παρούσα ενημέρωση παρέχεται σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων και την σχετική νομοθεσία για την προστασία προσωπικών δεδομένων.

Συγκαταθέσεις για την Επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων

Σκοπός εμπορικής επικοινωνίας και προωθητικών ενεργειών

Παρέχω την συγκατάθεσή μου για την λήψη υλικού εμπορικής επικοινωνίας και επιτρέπω τη συμμετοχή μου σε προωθητικές ενέργειες, της Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. ή του Ομίλου Allianz, σχετικά με προϊόντα και υπηρεσίες.

Συμφωνώ ότι μπορείτε να συλλέξετε, να επεξεργαστείτε και να γνωστοποιήσετε τα προσωπικά μου δεδομένα σε συνεργαζόμενες εταιρείες που συνδέονται άμεσα με αυτή την επεξεργασία, κατανοώ ότι τα προσωπικά μου δεδομένα θα υποβληθούν σε επεξεργασία μόνο για τους προαναφερόμενους σκοπούς, για τους οποίους ρητά συμφωνώ και παρέχω την συγκατάθεσή μου με την συμπλήρωση του αντίστοιχου τετραγώνου.

Ναι παρέχω την συγκατάθεσή μου

Όχι δεν παρέχω την συγκατάθεσή μου

Σκοπός συμμετοχή σε έρευνες ικανοποίησης πελατών και επιστημονικές έρευνες

Παρέχω την συγκατάθεσή μου και επιτρέπω τη συμμετοχή μου σε έρευνες ικανοποίησης πελατών και επιστημονικές έρευνες που αφορούν την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. ή τον Όμιλο Allianz.

Συμφωνώ ότι μπορείτε να συλλέξετε, να επεξεργαστείτε και να γνωστοποιήσετε τα προσωπικά μου δεδομένα σε συνεργαζόμενες εταιρείες που συνδέονται άμεσα με αυτή την επεξεργασία, κατανοώ ότι τα προσωπικά μου δεδομένα θα υποβληθούν σε επεξεργασία μόνο για τους προαναφερόμενους σκοπούς, για τους οποίους ρητά συμφωνώ και παρέχω την συγκατάθεσή μου με την συμπλήρωση του αντίστοιχου τετραγώνου.

Ναι παρέχω την συγκατάθεσή μου

Όχι δεν παρέχω την συγκατάθεσή μου

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΕΙΣ (συμπεριλαμβανομένης συγκατάθεσης για τα δεδομένα υγείας)

Σκοπός Επεξεργασία ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

(Απαιτείται υποχρεωτικά η συμπλήρωση στις περιπτώσεις που συλλέγονται δεδομένα υγείας)

Εμείς, η Allianz Ελλάς Α.Α.Ε., χρειαζόμαστε τη συγκατάθεσή σας για να συλλέξουμε και να επεξεργαστούμε τα δεδομένα της υγείας σας και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα για την ασφαλιστική σύμβαση που επιθυμείτε να συνάψετε μαζί μας. Εάν συμφωνείτε, τα δεδομένα σας θα υποβληθούν σε επεξεργασία για τους ακόλουθους λόγους και δραστηριότητες. Μπορείτε να υποδείξετε τη συγκατάθεσή σας με την συμπλήρωση του αντίστοιχου τετραγώνου. Σε αντίθετη περίπτωση, δυστυχώς δεν θα μπορούμε να σας παράσχουμε την ασφαλιστική κάλυψη που επιθυμείτε να σας παράσχει η εταιρεία μας.

Κατανώ, συμφωνώ και παρέχω την συγκατάθεσή μου με την συμπλήρωση του αντίστοιχου τετραγώνου:

1. Άδεια συλλογής, αποθήκευσης και χρήσης δεδομένων υγείας μου. Μπορείτε να συλλέξετε, να αποθηκεύσετε και να επεξεργαστείτε τα δεδομένα υγείας μου και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, τα οποία περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο ή πρόκειται να συλλεχθούν από την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. μετά την υπογραφή του παρόντος, για την διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου, όπως ενδεικτικά για να μου παράσχετε μια προσφορά για ασφαλιστική κάλυψη, να ασφαλίσετε κινδύνους ή να διεκπεραιώσετε τυχόν αιτήματα αποζημίωσης.

2. Άδεια λήψης των δεδομένων μου από τρίτους. Μπορείτε να λάβετε δεδομένα υγείας μου και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα από συνεργαζόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα όπως ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα, νοσηλευτικά ιδρύματα, φορείς κοινωνικής ασφάλισης, επαγγελματικές ενώσεις, φορείς παροχής ή/και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας και δημόσιες αρχές για τους σκοπούς που αναφέρονται κατωτέρω. Κατανώ ότι η Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. έχει καθιερώσει συμβατικές ρυθμίσεις με τους ως άνω συνεργάτες για την προστασία των δεδομένων μου. Συμφωνώ να αποδεσμεύσω όλα τα προαναφερόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα και την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. από τις αντίστοιχες υποχρεώσεις εμπιστευτικότητας που σχετίζονται με τα δεδομένα υγείας μου και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, που απαιτούνται να διαμοιραστούν και να τύχουν επεξεργασίας για τους σκοπούς που αναφέρονται παρακάτω:

- Για την παροχή προσφοράς ασφαλιστικής κάλυψης, για την ασφάλιση κινδύνων.
- Για την διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου, για παράδειγμα για την διεκπεραίωση αιτημάτων αποζημίωσης, στο βαθμό που αυτό κρίνεται απαραίτητο.

3. Άδεια διαμοιρασμού των δεδομένων μου εκτός της Allianz Ελλάς Α.Α.Ε.. Μπορείτε να διαμοιράξετε τα δεδομένα υγείας μου και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, με συνεργαζόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα για να τα επεξεργαστούν στον ίδιο βαθμό και για τους ίδιους σκοπούς με την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε.. Κατανώ ότι η Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. έχει καθιερώσει συμβατικές ρυθμίσεις με τους ως άνω συνεργάτες για την προστασία των δεδομένων μου. Συμφωνώ να αποδεσμεύσω όλα τα προαναφερόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα και την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. από τις αντίστοιχες υποχρεώσεις εμπιστευτικότητας που σχετίζονται με τα δεδομένα υγείας μου και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, που απαιτούνται να διαμοιραστούν και να τύχουν επεξεργασίας για τους σκοπούς που αναφέρονται παρακάτω:

- Διαμοιρασμός με παρόχους υπηρεσιών, εκτός της Allianz Ελλάς Α.Α.Ε., που εκτελούν ορισμένες υπηρεσίες για λογαριασμό της, όπως αξιολόγηση κινδύνου και διεκπεραίωση αξιώσεων που αφορούν τη συλλογή και τη χρήση των δεδομένα υγείας μου και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα.
- Διαμοιρασμός με συνασφαλιστές-αντασφαλιστές, για την διαχείριση της κάλυψης του ασφαλιστικού κινδύνου, την έκδοση ασφαλιστηρίων συμβολαίων και την διεκπεραίωση απαιτήσεων.

Ναι παρέχω την συγκατάθεσή μου

Όχι δεν παρέχω την συγκατάθεσή μου

Εάν επιθυμώ την ανάκληση της συγκατάθεσής μου σε κάποιο από τα ως άνω στοιχεία, μπορώ να επικοινωνήσω στο τηλέφωνο 2106999999, ή να αποστείλω σχετικό αίτημά στο e-mail: customercontact@allianz.gr

Ειδικότερα για την επεξεργασία δεδομένων υγείας, η ανάκληση της συγκατάθεσής σας ενδεχομένως και κατά περίπτωση να συνεπάγεται την άμεση διακοπή της συμβατικής μας σχέσης, δεδομένου ότι πλέον δε θα νομιμοποιούμαστε να επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα και να σας παρέχουμε τις υπηρεσίες μας.

Ενημερώθηκα και κατανόησα πλήρως ότι μπορώ να μάθω περισσότερα για την προστασία των προσωπικών δεδομένων μου και των σχετικών με αυτά δικαιωμάτων μου στην εταιρική ιστοσελίδα της Allianz Ελλάδος, www.allianz.gr στην ενότητα για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι ενημερώθηκα για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων από την Εταιρία και δήλωσα την προτίμησή μου στις σχετικές συγκαταθέσεις .

Όνοματεπώνυμο.....

ΑΦΜ ή ΑΔΤ.....

Ημερομηνία & υπογραφή