

Δήλωσης ενημέρωσης και συγκατάθεσης

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα με Α.Φ.Μ. παρέχω, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 7 και 9 του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ./Ε.Ε./ 679/2016) την ρητή συγκατάθεσή μου στον και στην Εταιρεία με την Επωνυμία «I.SOLUTIONS ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥΧΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΕΥΣΕΩΝ & ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ» και τον διακριτικό τίτλο «I.SO IKE» που εδρεύει στη Ν. Σμύρνη Αττικής, οδός Ελ. Βενιζέλου αριθμ.25 και αποδέχομαι την συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση προσωπικών μου δεδομένων και από τους δύο.

Η συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση λαμβάνουν χώρα στα πλαίσια της δραστηριότητας τους ως ασφαλιστικών διαμεσολαβητών και συγκεκριμένα του μεν πρώτου ως του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή που έρχεται σε επαφή με εμένα και της δε δεύτερης εταιρείας ως του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή που έχει σύμβαση με την με την ασφαλιστική επιχείρηση και συγκεκριμένα: Ο σκοπός της επεξεργασία δεδομένων είναι οι ανωτέρω κατ' εντολή μου να με φέρουν σε επαφή με ασφαλιστικές εταιρείες, να προβούν σε όλες τις αναγκαίες προπαρασκευαστικές εργασίες για τη σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης, να λαμβάνουν την αποδοχή από την ασφαλιστική Εταιρεία και να βοηθούν κατά την διαχείριση και την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης, ιδίως σε περίπτωση επέλευσης του κινδύνου.

Τόσο ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής όσο και η Εταιρεία συλλέγουν προσωπικά μου δεδομένα που περιλαμβάνονται στο έντυπο Αναγκών, στην αίτηση ασφάλισής μου, στα συνοδευτικά αυτής έγγραφα και δικαιολογητικά, και οποιαδήποτε άλλα δεδομένα τα οποία εγώ ο ίδιος έχω γνωστοποιήσει ή θα γνωστοποιήσω είτε στον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή είτε στην Εταιρεία είτε προφορικά είτε με οποιοδήποτε άλλο μέσο , έγγραφο ή ηλεκτρονικό, μέσω των υπαλλήλων της.

Η επεξεργασία των δεδομένων από την Εταιρεία περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες:

A. Δεδομένα Ταυτοποίησης	Π.χ. όνομα, επώνυμο, ημερομηνία γέννησης, αριθμό αστυνομικής ταυτότητας/διαβατηρίου, ΑΜΚΑ, ΑΦΜ
B. Δεδομένα Επικοινωνίας	Π.χ. διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου/ αλληλογραφίας, αριθμοί τηλεφώνου/φαξ
Γ. Δεδομένα Πληρωμής	Π.χ. τραπεζικοί λογαριασμοί , χρεωστικές/πιστωτικές και λοιπές κάρτες
Δ. Δεδομένα Ασφάλισης	Δεδομένα απαραίτητα για την σύναψη και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, (π.χ. σε σχέση με την οικονομική/ περιουσιακή κατάσταση, επενδυτικούς/αποταμειωτικούς στόχους, δεδομένα υγείας, ιατρικοί φάκελοι, ασφαλιστικά βιβλιάρια, δεδομένα για οδηγική συμπεριφορά (driving history)
Ε. Δεδομένα Διακανονισμού	Δεδομένα απαραίτητα για την διαχείριση των απαιτήσεων από ασφάλιση που εμπεριέχονται στην αίτηση καταβολής αποζημίωσης/εξαγοράς/καταβολής ασφαλίματος ή σε συνοδευτικά αυτής έγγραφα/ δικαιολογητικά ή σχετίζονται με αυτήν.

Δεδομένα μπορεί να διαβιβαστούν σε όλες τις ασφαλιστικές εταιρίες με τις οποίες συνεργάζεται η Εταιρεία αλλά και σε συνεργαζόμενους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές.

Ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής και η Εταιρεία θα συλλέγουν, αποθηκεύουν και εν γένει επεξεργάζονται δεδομένα μου για το χρονικό διάστημα μέχρι είκοσι (20) έτη από την λήξη της ασφαλιστικής σύμβασης με οποιονδήποτε τρόπο και μέχρι πέντε (5) έτη σε περίπτωση μη σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης.

Ενημερώθηκα ότι μπορώ να ανακαλέσω ανά πάσα στιγμή την παρούσα συγκατάθεσή μου.

Επιπλέον ενημερώθηκα για τα παρακάτω δικαιώματά μου, όπως αυτά ισχύουν από τις προϋποθέσεις που ορίζονται στον Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ./Ε.Ε./ 679/2016) . Συγκεκριμένα:

- Δικαιούμαι να έχω πρόσβαση στα προσωπικά μου δεδομένα που τηρεί, διαθέτει και επεξεργάζεται ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής και η Εταιρεία
- Δικαιούμαι να ζητήσω διόρθωση ανακριβειών ή ανεπίκαιρων δεδομένων που με αφορούν ή την συμπλήρωση των ελλিপών δεδομένων μου.
- Δικαιούμαι να ζητώ την διαγραφή δεδομένων μου από τα αρχεία της του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή και της Εταιρείας εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την εξυπηρέτηση των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεγεί.
- Δικαιούμαι να ζητώ τον περιορισμό της χρήσης των δεδομένων μου σε περίπτωση που αμφισβητώ την ακρίβειά τους.
- Δικαιούμαι να λαμβάνω τα δεδομένα που έχω ο ίδιος παράσχει σε δομημένο κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο.

Η άσκηση των προαναφερόμενων δικαιωμάτων προϋποθέτει την υποβολή, χωρίς κόστος, έγγραφης αίτησης α) στον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή τηλ..... E-mail..... και β) στην Εταιρεία στο _____ ή στα γραφεία της Εταιρείας μας επί της Ελ. Βενιζέλου αριθμ25- Ν. Σμύρνη.

Για οποιοδήποτε θέμα μπορώ να απευθυνθώ στο αρμόδιο Τμήμα του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή (στοιχεία επικοινωνίας.....) και στο αρμόδιο Τμήμα της Εταιρείας (στοιχεία επικοινωνίας _____), σε κάθε δε περίπτωση δικαιούμαι να απευθυνθώ στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είτε σε γραπτή μορφή (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115-23) είτε ηλεκτρονικά (www.dpa.gr). Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερόμενων δικαιωμάτων, η Εταιρεία θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή του εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από την λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή του, ή τους λόγους που εμποδίζουν την άσκηση.

Επεξεργασία δεδομένων για σκοπούς marketing

Ενημερώθηκα ρητώς, και **συναινώ** ή **δεν συναινώ** ότι τόσο ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής όσο και η Εταιρεία «I.S.O IKE» 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 αν σκοπού ενδέχεται να διαβιβαστούν δεδομένα μου σε συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και εταιρίες βοηθητικών ενεργειών.

Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας ενημερώθηκα για το δικαίωμά μου να εναντιωθώ ανά πάσα στιγμή σε αυτήν μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην Εταιρεία (στοιχεία επικοινωνίας _____)

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

Ημερομηνία
Ονοματεπώνυμο.....

Υπογραφή.....

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

Ημερομηνία
Ονοματεπώνυμο.....

Υπογραφή.....

