

ΕΔΡΑ:

15ο ΧΛΜ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ - ΠΕΡΑΙΑΣ, ΤΘ. 22402, Τ.Κ. 551 02

T. 2310 492.100, F. 2310 486.260

www.intersalonica.gr • e-mail: life@intersalonica.gr

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ «ΤΟ ΕΦΑΠΕΞ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ»

10ΕΤΟΥΣ ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ €

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ *

ΕΠΙΘΕΤΟ		ΟΝΟΜΑ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ		ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ		ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΠΟΛΗ		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	
ΝΟΜΟΣ		Τ.Κ.	
Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.	
Α.Δ.Τ.		E-MAIL	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		ΚΙΝΗΤΟ	
ΗΜ/ΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ		ΗΜ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ	

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

ΕΠΙΘΕΤΟ		ΟΝΟΜΑ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ		ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ		ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΠΟΛΗ		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	
ΝΟΜΟΣ		Τ.Κ.	
Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.	
Α.Δ.Τ.		E-MAIL	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		ΚΙΝΗΤΟ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ			

* Όταν άλλος πληρώνει και άλλος ασφαρίζεται, δηλαδή ο λήπτης της ασφάλισης.

ΕΙΣΠΡΑΧΘΕΙ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΩΝ € [] ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ []

ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ:.....	Α.Φ.Μ.:.....
	ΑΡΕΙΑ ΜΗΤΡΟΥΣ :	ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ:.....
ΣΥΜΒΑΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ:.....	Α.Φ.Μ.:.....
	ΑΡΕΙΑ ΜΗΤΡΟΥΣ :	ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ:.....
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ	ΕΠΩΝΥΜΙΑ:.....	Α.Φ.Μ.:.....
	ΑΡΕΙΑ ΜΗΤΡΟΥΣ :	ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ:.....

Η παρούσα αίτηση ασφάλισης προέκυψε κατόπιν έρευνας και αξιολόγησης των ασφαλιστικών μου αναγκών και γραπτής μου ενημέρωσης για αυτές, αποτελεί αιτιολογημένη παροχή συμβουλής από τον διανομέα για το ασφαλιστικό προϊόν και τελεί υπό την αποδοχή ή μη της Εταιρίας σύμφωνα με τους κανόνες αποδοχής που έχει ορίσει. Σε κάθε περίπτωση η ισχύς των ασφαλιστικών καλύψεων, αρχίζει μόνον με την καταβολή ολόκληρου του οφειλόμενου ασφαλιστρού. Η εξόφληση του συνόλου των ασφαλιστρων συνιστά από τον λήπτη ασφάλισης/ ασφαλισμένο γνωση και αποδοχή των Γενικών και Ειδικών όρων της ασφαλιστικής σύμβασης και των καλύψεων που περιλαμβάνει αυτή.

Ο υπογράφων λήπτης/ασφαλισμένος, δηλώνω ότι: **1.** Τα στοιχεία που δήλωσα στην παρούσα αίτηση ασφάλισης είναι αληθή **2.** Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων σύμφωνα με τα αναγραφόμενα στην πίσω σελίδα. **3.** Παρέλαβα τα παρακάτω έντυπα και ενημερώθηκα ότι αυτά είναι αναρτημένα, με ελεύθερη πρόσβαση, στην ιστοσελίδα της Εταιρίας www.intersalonica.gr:

4. Παρέλαβα από τον ασφαλιστικό μου διαμεσολαβητή ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες του άρθρου 152 του Ν.4364/2016, τις πληροφορίες των άρθρων 28,29 του Ν.4583/2018. 5. Πίσω σελίδα: ενημέρωση συγκατάθεσης για Προσωπικά Δεδομένα

Ο/Η Λήπτης της ασφάλισης & Δηλών/ούσα

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ (ΟΙ) ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ

Ανήκει κάποιος από τους λήπτες/ασφαλισμένους/δικαιούχους του ασφαλιστηρίου σε κατηγορία Πολιτικώς Εκτεθειμένων Προσώπων (Π.Ε.Π) ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ, αναφέρεται το όνομα.....
Αν ΟΧΙ, σας ενημερώνουμε πως υποχρεούστε να μας το δηλώσετε άμεσα σε οποιαδήποτε μελλοντική απόκτηση της ανωτέρω ιδιότητας.

αυτές, αποτελεί αιτιολογημένη παροχή συμβουλής από τον διανομέα για το ασφαλιστικό προϊόν και τελεί υπό την αποδοχή ή μη της καταβολή ολόκληρου του ρεμίδιου ασφαλιστή. Η εξόφληση του συνόλου των ασφαλιστών συνιστά από τον λήπτη ασφάλισης/

στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων σύμφωνα με τα αναγραφόμενα στην πίσω σελίδα. **3.** Προέλαβα τα παρακάτω έντυπα και

κοιμήθ των υπαλλήλων της Εταιρίας που εορτάζονται ως διανομείς σύμφωνα με τα άρθρα 28 και 29 του Ν. 4583/2018.

Πίσω σελίδα: ενημέρωση συγκατάθεσης για Προσωπικά Δεδομένα

HMEPOMHNIA

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΡΓΑΤΟΥ

EAPA:

ΣΤΑΡ:
15ο ΧΛΜ. ΘΕΣΣΟΝΙΚΗΣ - ΠΕΡΑΙΑΣ, ΤΘ. 22402, Τ.Κ. 551 02
Τ. 2310 492.100, F. 2310 486.260
www.intersalonica.gr • e-mail: life@intersalonica.gr

Μ.Α.Ε. 18197/05/Β/88/012 • Α.Φ.Μ. 094220868 • Α.Ο.Υ. Φ.Α.Ε. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ • ΑΡΙΘΜΟΣ Γ.Ε.ΜΗ. 057730304000

INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ ΖΩΗΣ
NONYMH ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΖΩΗΣ

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ

Ο / Η Κ. πλήρωσε Ευρώ (.....)

Για είσπραξη Ασφαλιστρων έκδοσης Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου ΖΩΗΣ **ΤΟ ΕΦΑΓΙΞ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ**», δεκαετούς διάρκειας, ΣΥΝΗΜΕΙΩΣΗ: Η παρούσα επέχει και θέση βεβαίωσης έως την οριστική έκδοση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.

Ο Συνεργάτης που εισέπραξε το ανωτέρω ποσό.

Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή

ΤΟΠΟΣ / ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ /

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ και ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων

Α. Η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΔΠΧ) καθώς και των ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΕΚΔΠΧ) διενεργείται από την INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ («ΕΤΑΙΡΙΑ») που εδρεύει στη Θεσσαλονίκη και εκπροσωπείται νόμιμα ως Υπεύθυνο Επεξεργασίας (ή και τον εκτελούντα την επεξεργασία, εφόσον υπάρχει), ο οποίος είναι και αρμόδιος για την ασφάλεια των δεδομένων αυτών και περιορίζεται στις απολύτως αναγκαίες ενέργειες για την επίτευξη των σκοπών για τους οποίους δίνω ρητή συγκατάθεση σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Σε περίπτωση που δεν συναινέσω στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων προς τον σκοπό κατάρτισης σύμβασης ασφάλισης, τότε δεν θα είναι δυνατή η κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης.

Β. Τα ΔΠΧ καθώς και τα ΕΚΔΠΧ μου θα υπόκεινται τόσο σε αυτοματοποιημένη όσο και μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία από τα πληροφορικά συστήματα της Εταιρίας για την εκπλήρωση του σκοπού της επεξεργασίας. Η Εταιρία λαμβάνει κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέσα για την διασφάλιση των δεδομένων μου.

Γ. Στο πλαίσιο της λειτουργίας της σύμβασης ασφάλισης που θα συναφθεί, τα ΔΠΧ καθώς και τα ΕΚΔΠΧ μου, ενδέχεται να διαβιβαστούν σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα τα οποία, ως Εκτελούντες την επεξεργασία, θα μπορούν να τα επεξεργαστούν για λογαριασμό της Εταιρίας, βάσει σύμβασης που υπογραφεί για τον σκοπό αυτό. Αποδέκτες των δεδομένων μου ενδέχεται επίσης να είναι οι Εταιρίες του Ομίλου INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ, νοσηλευτικά ιδρύματα, γιατροί, δημόσιες αρχές, δικηγόροι, λογιστές και ορκωτοί λογιστές, εκτιμητές, τρίτες ασφαλιστικές εταιρίες και ενώσεις τους και διαμεσολαβούντα πρόσωπα. Διαβίβαση δεδομένων από την Εταιρία προς το Εξωτερικό μπορεί να γίνει μόνο βάσει ρητής νομοθετικής υποχρέωσης (πχ. νομοθεσία για ξέπλυμα χρήματος) ή βάσει συμβατικής αντασφαλιστικής υποχρέωσής της.

Δ. Η διατήρηση των ΔΠΧ και των ΕΚΔΠΧ μου στην Εταιρία θα διαρκέσει για όλο το διάστημα ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης και σε κάθε περίπτωση έως την παραγραφή κάθε αξίωσης, εκτός κι αν διάταξη νόμου επιβάλλει πρόσθετο χρονικό διάστημα.

Ε. Έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα υποβολής αιτήματος στον υπεύθυνο επεξεργασίας για ενημέρωση, πρόσβαση, διόρθωση, διαγραφή ή περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων που με αφορούν για το δικαίωμα εναντίωσης ή αντίρρησης στην επεξεργασία καθώς και το δικαίωμα στην φορητότητά τους. Τα δικαιώματα αυτά ασκούνται με την αποστολή είτε επιστολής στη διεύθυνση: INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ, 15ο χλμ Θεσσαλονίκης-Περαίας, ΤΚ 55102, Θεσσαλονίκη (Υπ' όψιν Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων) είτε ηλεκτρονικού μηνύματος στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (dro@intesalonica.gr). Απάντηση για την ικανοποίηση του δικαιώματος θα πρέπει να δοθεί εντός χρονικού διαστήματος 30 ημερών. Επίσης, έλαβα γνώση ότι έχω το δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης στην επεξεργασία των δεδομένων που με αφορούν, η οποία ωστόσο θα έχει σαν αποτέλεσμα την καταγγελία της σύμβασης από την πλευρά της Εταιρίας. Σε κάθε περίπτωση, διατηρώ το δικαίωμα να προσφύγω στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα για ζητήματα που αφορούν την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων. Για την αρμοδιότητα της Αρχής και τον τρόπο υποβολής καταγγελίας, υπάρχουν αναλυτικές πληροφορίες στην ιστοσελίδα της (www.dpa.gr) ➡ Τα δικαιώματά μου ➡ Υποβολή καταγγελίας).

ΕΝΔΗ1001-V1.2



- 1. Παρέλαβα ενημερωτικό έντυπο της Εταιρίας σύμφωνα με τις πληροφορίες του άρθρου 152 του Ν. 4364/2016, τις πληροφορίες σχετικά με την αμοιβή των υπαλλήλων της Εταιρίας που εργάζονται ως διανομείς, καθώς και τις λυμένες πληροφορίες των άρθρων 28,29 του Ν.4583/2018 και ενημερώθηκα ότι αυτά είναι αναρτημένα, με ελεύθερη πρόσβαση, στην ιστοσελίδα της Εταιρίας www.intesalonica.gr.
- 2. Παρέλαβα από τον ασφαλιστικό μου διαμεσολαβητή ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες του άρθρου 152 του Ν.4364/2016, τις πληροφορίες των άρθρων 28,29 του Ν.4583/2018.