

## **ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα, δηλώνω ότι ενημερώθηκα για τις πράξεις συλλογής, επεξεργασίας και αποθήκευσης των δεδομένων μου και ότι παρέχω, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 7 και 9 του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ. /Ε.Ε. 679/2016 καθώς και με τις αντίστοιχες ισχύουσες διατάξεις του Ν.4624/2019), τη ρητή συγκατάθεσή μου στην Level Insurance Management, με Α.Φ.Μ: 801298948 και έδρα την Λεωφόρο Ανδ. Συγγρού 314 – 316 Καλλιθέα και αποδέχομαι τη συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση προσωπικών μου δεδομένων για την εξυπηρέτηση των σκοπών, όπως ορίζονται κατωτέρω.

**Σκοποί Επεξεργασίας:** Ο κύριος σκοπός της επεξεργασίας είναι η σύναψη και διατήρηση της ασφαλιστικής σύμβασης και η διαχείριση των ασφαλιστικών περιπτώσεων που αναλαμβάνει η Level Insurance Management δυνάμει αυτής. Ειδικότερα αφορούν:  
**α.** 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 **β.** 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) **γ.** στη συμμόρφωση της Level Insurance Management με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το εκάστοτε ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο και στην αποφυγή της ασφαλιστικής εξαπάτησης **δ.** στην έρευνα που δύναται η Level Insurance Management να πραγματοποιήσει σε σχέση με άλλες, παρελθούσες ή μελλοντικές, αιτήσεις ασφάλισής μου.

**Πηγή πληροφόρησης:** Η Level Insurance Management 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 στη Level Insurance Management στο μέλλον, είτε προφορικά είτε με οποιοδήποτε άλλο μέσο, έγγραφο ή ηλεκτρονικό, μέσω των υπαλλήλων της, των συνεργαζόμενων μαζί της ασφαλιστικών διαμεσολαβητών και συνεργατών ή άλλου από εμένα εξουσιοδοτημένου προσώπου. Επίσης, η Level Insurance Management ζητά και συλλέγει, για την εκπλήρωση αποκλειστικά των σκοπών που ορίζονται στους σκοπούς επεξεργασίας, δεδομένα μου από τρίτα, συνεργαζόμενα ή μη με αυτήν μέρη, όπως ενδεικτικά πραγματογνώμονες, ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές και Δημόσιες Αρχές.

**Είδη δεδομένων προς επεξεργασία:** Η επεξεργασία δεδομένων μου από την Level Insurance Management περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες: **α.** Δεδομένα Ταυτοποίησης π.χ. όνομα, επώνυμο, ημερομηνία γέννησης, αριθμό αστυνομικής ταυτότητας/ διαβατηρίου, ΑΜΚΑ, ΑΦΜ **β.** Δεδομένα Επικοινωνίας π.χ. διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου/ αλληλογραφίας, αριθμοί τηλεφώνου/ φαξ **γ.** Δεδομένα Πληρωμής π.χ. τραπεζικοί λογαριασμοί, χρεωστικές/ πιστωτικές και λουπές τραπεζικές κάρτες **δ.** Δεδομένα Ασφάλισης - Δεδομένα απαραίτητα για τη σύναψη και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, (π.χ. σε σχέση με την οικονομική/περιουσιακή κατάσταση, δεδομένα για οδηγική συμπεριφορά (driving history), περιστατικά τροχαίου ατυχήματος, δεδομένα εργασιακά/επαγγελματικής δραστηριότητας) **ε.** Δεδομένα Διακανονισμού - Δεδομένα απαραίτητα για τη διαχείριση των ασφαλιστικών περιπτώσεων που δηλώνονται, τα οποία δύναται να εμπεριέχονται στην αίτηση ασφάλισης, δήλωση ζημίας, αίτηση αποζημίωσης και σε συνοδευτικά αυτών έγγραφα/δικαιολογητικά.

**Αποδέκτες:** Δεδομένα μου μπορεί να διαβιβαστούν: **α.** Σε άλλες ασφαλιστικές εταιρίες έπειτα από υποβολή νόμιμου αιτήματος **β.** Στα κεντρικά γραφεία της Level Insurance Management για στατιστικούς λόγους **γ.** σε δημόσιες / δικαστικές αρχές, εντός ή εκτός Ε.Ε. **δ.** στην Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος **ε.** σε συνεργαζόμενους με την εταιρία παρόχους υπηρεσιών, εντός και εκτός Ε.Ε., στο πλαίσιο της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης, όπως ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, δικηγόρους, ερευνητές ή πραγματογνώμονες κλπ.

**Χρόνος επεξεργασίας:** Η Level Insurance Management θα συλλέγει, αποθηκεύει και εν γένει επεξεργάζεται δεδομένα μου για χρονικό διάστημα μέχρι είκοσι (20) έτη από τη λήξη της ασφαλιστικής σύμβασης με οποιονδήποτε τρόπο και μέχρι πέντε (5) έτη σε περίπτωση μη σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, εκτός εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας και μέχρι την περαίωσή της με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

**Δικαιώματα υποκειμένου δεδομένων:** Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω ανά πάσα στιγμή την παρούσα συγκατάθεσή μου, καθώς και για τις συνέπειες της τυχόν ανάκλησης. Εάν η ανάκληση της συγκατάθεσης γίνει κατά το προσυμβατικό στάδιο, τότε η Level Insurance Management 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 (Γ.Κ.Π.Δ. /Ε.Ε.679/2016) καθώς και στις αντίστοιχες ισχύουσες διατάξεις του Ν.4624/2019. Συγκεκριμένα: Δικαιούμαι να έχω πρόσβαση στα προσωπικά μου δεδομένα που τηρεί, διαθέτει και επεξεργάζεται η Level Insurance Management, δικαιούμαι να ζητήσω τη διόρθωση ανακριβών ή ανεπικαιρών δεδομένων που με αφορούν ή τη συμπλήρωση ελλειπών δεδομένων μου, δικαιούμαι να ζητώ τη διαγραφή δεδομένων μου από τα αρχεία της Level Insurance Management εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επιδίωξη των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεγεί, δικαιούμαι να ζητώ τον περιορισμό της χρήσης δεδομένων μου σε περίπτωση που αμφισβητώ την ακριβειά τους και τέλος δικαιούμαι να λαμβάνω τα δεδομένα που έχω ο ίδιος παράσχει σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο.

Τυχόν αίτημα σας προς εξάσκηση οιοδήποτε εκ των ανωτέρω δικαιωμάτων σας θα πρέπει να είναι έγγραφο και υπογεγραμμένο. Εντός 30 ημερών θα ικανοποιηθεί ή θα λάβετε απάντηση για την σύννομη αιτία για την οποία δεν μπορεί να ικανοποιηθεί. Για την άσκηση των δικαιωμάτων σας μπορείτε να απευθύνεστε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της εταιρίας μας στο e-mail [complaints@autoprotect.gr](mailto:complaints@autoprotect.gr) και στο τηλ. 212 213 4623. Επίσης υπάρχει πάντα η δυνατότητα να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα [www.dpa.gr](http://www.dpa.gr).

<b>ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για την ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ των ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ)</b>	
<b>Ο/Η Υπογράφων/ουσα, .....</b> δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο και	
<b>ΔΙΝΩ</b> ρητά την συγκατάθεσή μου <i>(Ονοματεπώνυμο, Υπογραφή και Αρ. Ταυτότητας)</i>	<b>ΔΕΝ ΔΙΝΩ</b> την συγκατάθεσή μου <i>(Ονοματεπώνυμο, Υπογραφή και Αρ. Ταυτότητας)</i>
Ημερομηνία ___/___/___	

**Επεξεργασία των δεδομένων και για σκοπούς marketing**

Εφόσον δώσετε, ξεχωριστά, τη ρητή συγκατάθεσή σας, επιθυμούμε να επεξεργαζόμαστε τα δεδομένα σας για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing, ή αποστολής εταιρικών ειδήσεων/newsletter, ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της εταιρίας μας ή για σκοπούς έρευνας σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών εκ μέρους μας. Για την επίτευξη του αυτού του σκοπού ενδέχεται να διαβιβαστούν δεδομένα σας σε συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών για λογαριασμό μας. Έχετε το δικαίωμα εναντίωσης στην παρούσα επεξεργασία για την οποία μπορείτε ξεχωριστά να ανακαλέσετε την συγκατάθεσή σας οποτεδήποτε, εγγράφως, χωρίς οποιαδήποτε επίπτωση στην ασφαλιστική σας σύμβαση / αίτημά σας.

<b>ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για την ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ των ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ) για Προωθητικούς και Εμπορικούς Σκοπούς</b>	
<b>Ο/Η Υπογράφων/ουσα, .....</b> δηλώνω ότι:	
<b>ΔΙΝΩ</b> την συγκατάθεσή μου <i>(Ονοματεπώνυμο, Υπογραφή και Αρ. Ταυτότητας)</i>	<b>ΔΕΝ ΔΙΝΩ</b> την συγκατάθεσή μου <i>(Ονοματεπώνυμο, Υπογραφή και Αρ. Ταυτότητας)</i>
Ημερομηνία ___/___/___	