



Υποχρεωτική εκ των Άρθρων 28-30 του Ν.4583/2018 γνωστοποίηση από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή

Επωνυμία: ARISTON COVER – ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΠΡΑΚΤΟΡΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ Μ ΙΚΕ

Διακριτικός Τίτλος: ARISTON COVER

Έδρα : Βουρβούλη 14, Πειραιάς Τ.Κ.: 18543

Κατηγορία Διαμεσολάβησης : ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΠΡΑΚΤΟΡΑΣ

Αριθμός Ειδικού Μητρώου: ΕΕΠ / 202

Άδεια για πώληση επενδυτικών προϊόντων βασιζόμενων σε ασφάλιση: ΟΧΙ

Ασφάλιση Μεγάλων Κινδύνων: ΝΑΙ

Εντολή είσπραξης ασφαλιστρων από τις συνεργαζόμενες ασφαλιστικές εταιρίες : ΝΑΙ

Η αμοιβή μας: Βάσει προμήθειας κάθε είδους που περιλαμβάνεται στο ασφάλιστρο

Στοιχεία Επαγγελματικού Επιμελητηρίου : ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επισκεφτείτε το «Ενιαίο Σημείο Πληροφόρησης Ενεργών Ασφαλιστικών Διαμεσολαβητών» στη διεύθυνση: [www.http://insuranceregistry.uhc.gr/](http://insuranceregistry.uhc.gr/). Σε περίπτωση που αιτιολογημένως κρίνετε ότι υπάρχουν πράξεις ή παραλήψεις από πλευράς της ARISTON COVER που συνιστούν παραβιάσεις της κείμενης νομοθεσίας σχετικά με την ασφαλιστική διαμεσολάβηση, μπορείτε να υποβάλλετε έγγραφη καταγγελία στη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (Δ.Ε.Ι.Α.) σύμφωνα με τις διατάξεις του αρθ.10 του Ν.4583/2018. Για την εξωδικαστική επίλυση διαφορών τυχόν σας με την ARISTON COVER, μπορείτε να προσφύγετε στον Συνήγορο του Καταναλωτή ή σε άλλον φορέα Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών, νόμιμα καταχωρισμένο στο Μητρώο της Γενικής Διεύθυνσης Προστασίας Καταναλωτή και Εποπτείας της Αγοράς, σύμφωνα με το άρθρο 18 της 70330οικ./30.6.2015 κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομίας, Υποδομών, Ναυτιλίας και Τουρισμού και Δικαιοσύνης, Διαφάνειας Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (Β' 1421).

Σας γνωρίζουμε επίσης ότι ως Πράκτορας Ασφαλίσεων, εκπροσωπούμε τις συνεργαζόμενες ασφαλιστικές 1) Dallbogg 2) Levnis 3) Δύναμις 4) Ευρώπη 5) Ευρωπαϊκή Πίστη 6) Euroins 7) NOS (Qatar – Wakam)

Καμία ασφαλιστική εταιρία δεν συμμετέχει σε ποσοστό μεγαλύτερο του 10% σε ψήφους ή μετοχικό κεφάλαιο στην επιχείρηση μας. Η επιχείρηση μας (ή η Μητρική επιχείρηση του Ομίλου μας) δεν συμμετέχει με ποσοστό μεγαλύτερο του 10% σε ψήφους ή μετοχικό κεφάλαιο σε καμία ασφαλιστική επιχείρηση.

Είμαστε στη διάθεση σας για οποιαδήποτε διευκρίνηση και προσβλέπουμε σε ανάπτυξη –επέκταση της συνεργασίας μας στην παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών μέσω της εταιρίας μας.

Για την ARISTON COVER

Ημερομηνία

Πελάτης

*Παρακαλούμε όπως μας αποστείλετε υπογεγραμμένο αντίτυπο του παρόντος εντύπου στην ηλεκτρονική διεύθυνση info@aristoncover.gr υπ' όψιν του Μιχαηλίδη



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΠΕΛΑΤΗ

1. ΙΔΙΩΤΗΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημ/νία γέννησης:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

ΑΦΜ, ΔΟΥ:

Επάγγελμα:

Αριθμός ανήλικων παιδιών:

Αριθμός εξαρτώμενων μελών:

Προβλήματα υγείας:

Ύπαρξη τακτικών ελέγχων υγείας:

Ύπαρξη μεταφορικού οχήματος, είδος αυτού:

Πηγή εισοδημάτων:

Μηνιαίο εισόδημα:

Ύπαρξη ιδιόκτητης οικείας:

Μηνιαία πάγια έξοδα:

2. ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Επωνυμία επιχείρησης:

(Σε περίπτωση εταιρείας) Είδος εταιρείας:

Διεύθυνση έδρας:

Διεύθυνση λειτουργίας (αν διαφέρει από τη διεύθυνση έδρας):

(Σε περίπτωση εταιρείας) Είναι η εταιρεία μητρική, υποκατάστημα ή θυγατρική εταιρεία άλλου νομικού προσώπου;
.....

(Σε περίπτωση εταιρείας) Ημερομηνία ίδρυσης:

Ημερομηνία έναρξης επαγγέλματος:



Αριθμός υπαλλήλων:

Είδος επιχείρησης:

Σύνολο Ισολογισμού:

Καθαρό ποσό κύκλου εργασιών:

Ύπαρξη ενοποιημένων λογαριασμών (από συμμετοχή σε σύνολο επιχειρήσεων που καταρτίζουν ενοποιημένους λογαριασμούς σύμφωνα με την Οδηγία 83/349/ΕΟΚ):

B. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Επιλέγετε με X πεδία ενδιαφέροντος

I. ΙΔΙΩΤΗΣ

α) κατοικία

β) αυτοκίνητο

γ) ζωή/υγεία/αποταμίευση

δ) άλλο

II. ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

1) πυρός

2) απώλεια κερδών

3) αστική ευθύνη

4) μεταφορές

5) στόλος αυτοκινήτων

6) πιστώσεις

7) ευθύνη διευθυντών και στελεχών (D&O)

8) ηλεκτρονικοί και διαδικτυακοί κίνδυνοι

9) ομαδικό υγείας/αποταμίευσης

10) άλλο



Γ. ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

.....
.....

Δ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

.....
.....

Δήλωση/Βεβαίωση του Πελάτη:

Σας βεβαιώνω/ουμε ότι οι πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν ερωτηματολόγιο καθώς και τα συνημμένα που σχετίζονται με αυτό είναι απολύτως σωστά, αληθινά και ακριβή. Αναλαμβάνω/ουμε την υποχρέωση να ενημερώσω/σουμε άμεσα την εταιρεία σας για τυχόν αλλαγές στο παρόν. Σε περίπτωση που κάποιο από τα παραπάνω στοιχεία διαπιστώνεται ότι είναι ψευδές ή αναληθές ή παραπλανητικό, είμαι/στε ενήμερος/οι ότι φέρω/ουμε σχετική ευθύνη.

Υπογραφή..... (Σε περίπτωση εταιρείας) Επωνυμία Εταιρείας

Ημερομηνία..... (Σε περίπτωση εταιρείας) Θέση

(Σε περίπτωση εταιρείας) Σφραγίδα εταιρείας

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 ARISTON COVER Μ ΙΚΕ, με Α.Φ.Μ 801162467 και έδρα την Βουρβούλη 14 18543 Πειραιάς, 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 ARISTON COVER 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 ARISTON COVER με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το εκάστοτε ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο και στην αποφυγή της ασφαλιστικής εξαπάτησης **δ.** στην έρευνα που δύναται η ARISTON COVER να πραγματοποιήσει σε σχέση με άλλες, παρελθούσες ή μελλοντικές, αιτήσεις ασφάλισής μου.

Πηγή πληροφόρησης : Η ARISTON COVER 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 στο μέλλον, είτε προφορικά είτε με οποιοδήποτε άλλο μέσο, έγγραφο ή ηλεκτρονικό, μέσω των υπαλλήλων της, των συνεργαζόμενων μαζί της ασφαλιστικών διαμεσολαβητών, εταιριών διαμεσολάβησης και συνεργατών ή άλλου από εμένα εξουσιοδοτημένου προσώπου. Επίσης, η ARISTON COVER ζητά και συλλέγει, για την εκπλήρωση αποκλειστικά των σκοπών που ορίζονται στους σκοπούς επεξεργασίας, δεδομένα μου από τρίτα, συνεργαζόμενα ή μη με αυτόν μέρος, όπως ενδεικτικά πραγματογνώμονες, ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, ασφαλιστικές εταιρίες και Δημόσιες Αρχές.

Είδη δεδομένων προς επεξεργασία : Η επεξεργασία δεδομένων μου από την ARISTON COVER 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 λουιές 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, δεδομένα υγείας κλπ.) **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 ARISTON COVER 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 ARISTON COVER 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 ARISTON COVER 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 ARISTON COVER, δικαιούμαι να ζητήσω τη διόρθωση ανακριβών ή ανεπείκαιρων δεδομένων που με αφορούν ή τη

συμπλήρωση ελλিপών δεδομένων μου, δικαιούμαι να ζητώ τη διαγραφή δεδομένων μου από τα αρχεία της ARISTON COVER 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 ακρίβειά τους και τέλος δικαιούμαι να λαμβάνω τα δεδομένα που έχω ο ίδιος παράσχει σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο.



Τυχόν αίτημα σας προς εξάσκηση οιασδήποτε 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 info@aristoncover.gr και στο τηλ. 210 46 34 341 Επίσης υπάρχει πάντα η δυνατότητα να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα www.dpa.gr.

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

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

**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΙΑΣΕΩΝ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΙΩΜΕΝΟΥ**

Επώνυμο:	Όνομα:	
Διεύθυνση:		
Τηλέφωνο:	Fax:	Email:
Αριθμός συμβολαίου/ων:		

Περιγραφή Παραπόνου

Παρακαλούμε περιγράψτε μας το πρόβλημά σας, επισυνάπτοντας κάθε έγγραφο που θεωρείτε σχετικό και απαραίτητο. Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας το συντομότερο.

Αφού συμπληρώσετε το έντυπο, μπορείτε να το ως επισυναπτόμενο έγγραφο στο email: info@aristoncover.gr ή μπορείτε επίσης να το αποστείλετε ταχυδρομικώς όπως και να το αποδώσετε ιδιοχειρώς, στα γραφεία της εταιρείας μας:

Επιθυμώ να παραλάβω αποδεικτικό της αιτιάσής μου	
Έντυπα:	Ηλεκτρονικά:
Τόπος:	Ημερομηνία:

Ο ΑΙΤΩΜΕΝΟΣ