

ΑΙΤΗΣΗ**Καταβολής Ασφαλίσματος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου****Αριθμός Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου :****Ονοματεπώνυμο Δικαιούχου
Ασφαλίσματος :****Αριθμός Τραπεζικού Λογαριασμού :****Δικαιούχος Λογαριασμού :****Α.Δ.Τ. :****Α.Φ.Μ. :****Διεύθυνση Αλληλογραφίας :****Τηλέφωνο Επικοινωνίας :****Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου
(e-mail) :**

1.1. Ο ως άνω αναφερόμενος δικαιούχος του ασφαλίσματος σας γνωστοποιώ ότι επιθυμώ την καταβολή ασφαλίσματος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, σύμφωνα με τους όρους αυτού.

1.2. Αναγνωρίζω ρητά ότι με την καταβολή του ποσού ασφαλίσματος στον ανωτέρω δηλωθέντα τραπεζικό λογαριασμό, η CREDIT AGRICOLE M.A.A.E.Z εκπληρώνει κάθε υποχρέωση που απορρέει από το αίτημά μου για την καταβολή του ανωτέρω αναφερόμενου ασφαλίσματος, σύμφωνα με το ως άνω Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο και ότι δε διατηρώ οποιαδήποτε άλλη απαίτηση, αξίωση ή δικαίωμα από την παραπάνω αιτία.

1.3. Δηλώνω ότι ενημερώθηκα ότι η σχετική εξοφλητική απόδειξη ασφαλίσματος θα αποσταλεί με απλό ταχυδρομείο στην ως άνω δηλωθείσα διεύθυνσή μου και ότι θα πρέπει να επιστραφεί υπογεγραμμένη στα γραφεία της CREDIT AGRICOLE M.A.A.E.Z. εντός δέκα πέντε (15) ημερών.

Τόπος & Ημερομηνία υποβολής αίτησης...../...../ 20.....

Ο Δικαιούχος Ασφαλίσματος

.....
Ονοματεπώνυμο Υπογραφή

Για την ALPHA BANK**Κωδικός καταστήματος:**

Οι υπογράφωντες στο τέλος της την παρούσα αίτηση, αρμόδιοι λειτουργοί του καταστήματος της ALPHA BANK, όπου υποβλήθηκε το ως άνω αίτημα, βεβαιώνουμε ότι ο Δικαιούχος του Ασφαλίσματος είναι και δικαιούχος του ως άνω αναγραφόμενου τραπεζικού λογαριασμού, καθώς και το γνήσιο της υπογραφής του.

Ο Διευθυντής Καταστήματος**Ο Λειτουργός Καταστήματος**

.....
Υπογραφή

.....
Ονοματεπώνυμο

**Έντυπο Δήλωσης Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης για την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων
CREDIT AGRICOLE M.A.A.E.Z.**

(συνοδεύει κάθε Αίτηση του Λήπτη της Ασφάλισης / Ασφαλισμένου / Δικαιούχου Ασφαλίματος / Δηλούντος)

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα:

1. Για τα ακόλουθα **δικαιώματά μου**: πληροφόρησης και πρόσβασης, διόρθωσης ανακριβών δεδομένων, διαγραφής, φορητότητας, περιορισμού της επεξεργασίας ανάκλησης συγκατάθεσης/εναντίωσης, υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλ.: 210 6475600, contact@dpa.gr)
2. για τους **σκοπούς επεξεργασίας**, δηλαδή την εκτίμηση του ασφαλιστικού κινδύνου για τα προϊόντα της CREDIT AGRICOLE M.A.A.E.Z. και τη διαχείριση του συμβολαίου μου, τη συμμόρφωση της Εταιρείας με τις κανονιστικές και νομοθετικές απαιτήσεις, όπως με το Ν. 4557/2018, το Ν. 4428/2016-Συμφωνία ΟΟΣΑ και το Ν. 4493/2017-Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ Ελλάδας και ΗΠΑ (FATCA), καθώς και την εκπλήρωση των έννομων συμφερόντων της Εταιρείας, ήτοι την αύξηση του επιπέδου ικανοποίησης των πελατών της, τη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των πελατών της και την επίτευξη της προσφορότερης λειτουργίας της.
3. Για τη **διαβίβαση** των δεδομένων στους παρακάτω **αποδέκτες**: Την CREDIT AGRICOLE M.A.A.E.Z. και το προσωπικό της, τους αντιπρόσωπους ή/και υπεργολάβους, την ALPHA Bank, τα νοσηλευτικά ιδρύματα, τους γιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα, τους αντασφαλιστές καθώς και τις εποπτικές, ελεγκτικές, ανεξάρτητες, δικαστικές, δημόσιες ή/και λοιπές αρχές και φορείς στο πλαίσιο των εκ του νόμου αρμοδιοτήτων, καθηκόντων και εξουσιών τους (όπως η Τράπεζα της Ελλάδος, η Αρχή Καταπολέμησης της Νομιμοποίησης Εσόδων από Εγκληματικές Δραστηριότητες, ο Συνήγορος του Καταναλωτή, κτλ.), στο πλαίσιο των ανωτέρω σκοπών επεξεργασίας.
4. Για τη **διατήρηση** των δεδομένων μου για το σύνολο της διάρκειας της σύμβασης σε φυσικό και ηλεκτρονικό αρχείο και μετασυμβατικά, για όσο διάστημα διαρκεί η ασφαλιστική σύμβαση και για 5 έτη από το τέλος του έτους μέσα στο οποίο γεννιέται η εκάστοτε αξίωση, και σε κάθε περίπτωση, για όσο χρόνο απαιτείται για τη συμμόρφωση της Εταιρείας με νομοθετικές απαιτήσεις (5-20 έτη ανάλογα με την περίπτωση π.χ. άρθρο 30 παρ. 3 του Ν. 4557/2018, άρθρο 13 παρ. 2, άρθρο 36, άρθρο 51 του Ν. 4174/2013, άρθρο 7 του Ν. 4308/2014). Σε περίπτωση εκκίνησης νομικών διαδικασιών, τα δεδομένα σας τηρούνται μέχρι την περαίωση της δικαστικής υπόθεσης με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

Έχω διαβάσει τα παραπάνω και ενημερώθηκα ότι το πλήρες κείμενο της **Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων** βρίσκεται αναρτημένο ηλεκτρονικά στον ιστότοπο της CREDIT AGRICOLE M.A.A.E.Z. και την παρέλαβα σήμερα έγχαρτα.

Ο Λήπτης της Ασφάλισης / Ασφαλισμένος / Δικαιούχος Ασφαλίματος / Δηλών

Ημερομηνία

.../.../20...

.....
Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή

(αν αφορά σε δικαιοπρακτικά μη ικανό ενήλικο ή ανήλικο πρόσωπο υπογράφει αντίστοιχα ο δικαστικός συμπαραστάτης ή ο ασκών τη γονική μέριμνα)

Εγώ, ο Λήπτης της Ασφάλισης / Ασφαλισμένος / Δικαιούχος Ασφαλίματος / Δηλών ρητά παρέχω τη συγκατάθεσή μου στη συλλογή και επεξεργασία των Δεδομένων Υγείας που με αφορούν (π.χ. ιατρικό ιστορικό) και περιέχονται στο Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο ή θα περιέλθουν σε γνώση της CREDIT AGRICOLE M.A.A.E.Z. κατά τη διάρκεια του Ασφαλιστηρίου, στο μέτρο που η συλλογή και η επεξεργασία αυτή κρίνονται απαραίτητες για την εξυπηρέτηση των ανωτέρω σκοπών επεξεργασίας. Πηγές λήψης δεδομένων ενδέχεται να είναι η ALPHA BANK, νοσηλευτικά ιδρύματα, γιατροί, διαγνωστικά κέντρα, Δημόσιες Αρχές, καθώς και ομοειδείς κατηγορίες αποδεκτών, για τους οποίους σας εξουσιοδοτώ να συλλέξετε. Σε περίπτωση άσκησης του δικαιώματος ανάκλησης της παρούσας συγκατάθεσής μου, αναγνωρίζω ότι τα εν λόγω δεδομένα θα διαγράφονται/καταστρέφονται άμεσα από την Εταιρεία. Ωστόσο αναγνωρίζω και ανεπιφύλακτα αποδέχομαι ότι η ανάκληση της παρούσας συγκατάθεσής μου δύναται να οδηγήσει σε λήξη της σύμβασης ασφάλισής μου και σε μη κάλυψή μου, στο μέτρο που η σύμβαση δεν λειτουργεί χωρίς επεξεργασία των Δεδομένων Υγείας.

- ☐ Σας παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την ανωτέρω επεξεργασία.
☐ Δεν σας παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την ανωτέρω επεξεργασία.

Ο Λήπτης της Ασφάλισης / Ασφαλισμένος / Δικαιούχος Ασφαλίματος / Δηλών

Ημερομηνία

.../.../20...

.....
Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή

(αν αφορά σε δικαιοπρακτικά μη ικανό ενήλικο ή ανήλικο πρόσωπο υπογράφει αντίστοιχα ο δικαστικός συμπαραστάτης ή ο ασκών τη γονική μέριμνα)