

Σκοπός Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (ΔΠΧ) και Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα (ΕΚΔΠΧ)

Θα χρησιμοποιήσουμε τα προσωπικά σας δεδομένα για κάποιον/κάποιους από τους ακόλουθους σκοπούς:

- Παροχή υπηρεσιών πρακτορευσης ασφαλίσεων σε αίτηση ασφάλισης ή αίτηση λήψης προσφοράς ασφάλισης, επεξεργασία συνημμένου ερωτηματολογίου ώστε να προσδιοριστούν οι ασφαλιστικές σας ανάγκες.
- Παροχή όλων των προπαρασκευαστικών, για την σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης, εργασιών καθώς και εργασιών ανανέωσης ισχύος της.
- Εξυπηρέτηση συναφθείσας ασφαλιστικής σύμβασης, εκπλήρωση όρων σύμβασης.
- Επεξεργασία αιτημάτων και πληρωμών
- Παροχή σχετικών με την ασφάλιση, συμβουλευτικών υπηρεσιών.

Είναι **αναγκαίο** αλλά και υποχρέωσή σας από τον ασφαλιστικό νόμο (Ν. 2496/1997) τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που θα μας δηλώσετε **να είναι σωστά και ολοκληρωμένα**. Θα επεξεργαζόμαστε τα Προσωπικά σας Δεδομένα, δεδομένα που οι ίδιοι έχετε γνωστοποιήσει ή θα γνωστοποιήσετε σε εμάς στο μέλλον, είτε προφορικά είτε με οποιοδήποτε άλλο μέσο, έγγραφο ή ηλεκτρονικό, μέσω των υπαλλήλων μας, των συνεργαζόμενων μαζί μας ασφαλιστικών διαμεσολαβητών, των δικηγόρων ή άλλου εξουσιοδοτημένου από εμάς προσώπου, με βάση τη **ρητή συγκατάθεση** που θα μας χορηγήσετε με την υπογραφή στο κάτω μέρος του παρόντος εντύπου.

Κατηγορίες δεδομένων που επεξεργαζόμαστε

Τα προσωπικά δεδομένα που ενδέχεται να απαιτηθούν **ανά περίπτωση, απαραίτητα για το είδος της ασφάλισης σας ή του αιτήματός σας:**

Δεδομένα Ταυτοποίησης: Όνομα, Επώνυμο, Ημερομηνία Γέννησης, Αριθμός Αστυνομικής Ταυτότητας / Διαβατηρίου, ΑΜΚΑ, ΑΦΜ

Δεδομένα Επικοινωνίας: π.χ. διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου / αλληλογραφίας, αριθμοί τηλεφώνου / φαξ

Δεδομένα Πληρωμής: π.χ. τραπεζικοί λογαριασμοί, χρεωστικές / πιστωτικές και λοιπές τραπεζικές κάρτες, IBAN, ΑΦΜ, ΔΟΥ

Δεδομένα Ασφάλισης: π.χ. Ιατρικά Δεδομένα, Ιστορικό, Βιβλιάριο Υγείας, γνωματεύσεις και σχετικά δικαιολογητικά, χρηματοοικονομικά δεδομένα (εργασία, εισόδημα), δεδομένα ακινήτων και σχετικά συμβόλαια, περιουσιακά στοιχεία κλπ.

Μέσω σύγχρονων τεχνολογικών μέσων, είτε χειριζόμενων από υπαλλήλους είτε αυτοματοποιημένων, γίνεται συλλογή, καταχώρηση, οργάνωση, μεταβολή, αποθήκευση, ανάκτηση, αναζήτηση πληροφοριών και κατηγοριοποίηση ασφαλιστικών αναγκών και κινδύνων. Έλεγχος στα δεδομένα, κατά περίπτωση, μπορεί να πραγματοποιηθεί από εξουσιοδοτημένο υπάλληλο της εταιρίας μας σε κάθε στάδιο της ασφάλισης/ αιτήματός σας.

Χρόνος Επεξεργασίας

Τα δεδομένα σας διατηρούνται σε αρχεία μας έως 20 έτη από την λήξη της ισχύος των ασφαλιστικών συμβάσεων που έχετε συνάψει με την βοήθεια της μεσολάβησής μας και μέχρι να παρέλθει ο χρόνος παραγραφής τυχόν αξιώσεων από αυτές, 20 έτη αφότου επεξεργαστούμε αίτημα αποζημίωσης. Μέχρι 5 έτη, σε περίπτωση που δεν συναφθεί ασφαλιστική σύμβαση.

Διαβίβαση δεδομένων

Τα προσωπικά σας δεδομένα θα διαβιβαστούν αρχικά στα αρμόδια τμήματά της εταιρίας μας για την επεξεργασία του αιτήματός σας ενώ μέρος αυτών θα τύχουν επεξεργασίας από το λογιστήριό της εταιρίας μας.

Τα δεδομένα σας έπειτα θα διαβιβαστούν στην ασφαλιστική εταιρία, που θα συντάξει ή έχει συντάξει και υπογράψει μαζί σας την σύμβαση ασφάλισής σας ή που θα κληθεί να αξιολογήσει το αίτημά σας. Κάθε ασφαλιστική εταιρία υποχρεούται να εφαρμόζει τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Γ.Κ.Π.Δ./ΕΕ 679/2016)

Τα δεδομένα σας ενδέχεται να διαβιβαστούν σε νομικό σύμβουλο της εταιρίας μας καθώς και σε συνεργαζόμενους με την εταιρία μας παρόχους υπηρεσιών στο πλαίσιο της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σας σύμβασης.

Σε κάθε περίπτωση τα δεδομένα που θα διαβιβάζονται θα είναι τα ελάχιστα αναγκαία και θα συντρέχουν οι προϋποθέσεις για νόμιμη επεξεργασία τους.

Ασφάλεια δεδομένων

Η εταιρία μας κάνει χρήση όλων των τεχνολογικών μέσων που προτείνονται από την νομοθεσία (κρυπτογράφηση, ασφάλεια δικτύου και ηλεκτρονικών αρχείων, ψευδονομοποίηση κλπ) αλλά και επιπλέον αυτών. Πρόσβαση στα δεδομένα σας έχουν μόνο οι εξουσιοδοτημένοι υπάλληλοι για τους σκοπούς της επεξεργασίας.

Δικαιώματα υποκειμένου δεδομένων.

Έχετε το δικαίωμα **πρόσβασης, διόρθωσης, φορητότητας** των δεδομένων σας, **άρνησης της αυτοματοποιημένης λήψης αποφάσεων** και **κατάρτισης προφίλ**. Μπορείτε να αιτηθείτε **διαγραφή (λήθη), περιορισμού της επεξεργασίας** και **εναντίωση** στην επεξεργασία τους. Σε μία τέτοια περίπτωση, ενδεχομένως να καταστεί αδύνατη η συνέχεια της ισχύς της ασφαλιστικής σύμβασης, η οποία συναφθεί διαμέσου της μεσολάβησής μας, γεγονός για το οποίο θα ενημερωθείτε. Εάν επεξεργαστούμε αίτημα αποζημίωσης, υπάρχει έννομο συμφέρον άρνησης διαγραφής και περιορισμού επεξεργασίας των σχετικών δεδομένων.

Αίτημα σας προς εξάσκηση οποιουδήποτε από τα παραπάνω δικαιώματα, 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.

Απευθυνθείτε στο τμήμα Εσωτερικού Ελέγχου, e-mail: dpo@anax.gr, τηλ 2310477477, Τ.Θ.60659, Τ.Κ.57001.

Επίσης υπάρχει πάντα η δυνατότητα να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα www.dpa.gr.

Επεξεργασία των δεδομένων και για σκοπούς marketing

Εφόσον δώσετε, ξεχωριστά, τη ρητή συγκατάθεσή σας, επιθυμούμε να επεξεργαστούμε τα ΔΠΧ (και όχι τα ΕΚΔΠΧ) για εμπορικούς και προωθητικούς σκοπούς, 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) και ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΕΚΔΠΧ)

Ο/Η Υπογράφων/ουσα, δηλώνω ότι (βάση του Άρθ 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) :

- Διάβασα το άνωθεν κείμενο, **ενημερώθηκα** για τα δικαιώματά μου, **αποδέχομαι** ότι η προαναφερθείσα επεξεργασία είναι **απαραίτητη** για την σύνταξη, λειτουργία, ανανέωση ασφαλιστικής σύμβασης και ότι τυχόν έγγραφο ανάκληση της συγκατάθεσής μου, δίνει στις παραπάνω εταιρίες το δικαίωμα να την καταγγείλουν άμεσα και
 - **ΠΑΡΕΧΩ** ρητά την συγκατάθεσή μου
Όνοματεπώνυμο και Υπογραφή
 - **ΔΕΝ Παρέχω** την συγκατάθεσή μου
Όνοματεπώνυμο και Υπογραφή

υπογράψτε σε ένα από τα δύο πλαίσια ανάλογα με την επιλογή σας (για ανηλικούς κάτω των 15 ετών, υπογράφει ο έχων την γονική μέριμνα)

- ο για την επεξεργασία από την ΑΝΑΞ Ασφαλιστικές Πρακτορεύσεις Ασφαλίσεων Α.Ε. και εξουσιοδοτημένους από αυτήν τρίτους, των ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ, που περιλαμβάνονται σε αυτό το έντυπο / ηλεκτρονική φόρμα καθώς και οποιονδήποτε άλλων σχετικών με την ασφαλιστική μου σύμβαση προσωπικών δεδομένων, τεθούν μελλοντικά εις γνώση της εταιρίας
- ο για την ασφαλή μεταβίβασή τους στην Ασφαλιστική Εταιρία που θα συνάψει / έχει συνάψει την ασφαλιστική σας σύμβαση ή θα αξιολογήσει κάποιο αίτημά μου.
- ο για την τήρηση αρχείων των παραπάνω δεδομένων σε ηλεκτρονική ή/και έντυπη μορφή. Ημερομηνία ___/___/___

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για την ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ των ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ) για ΣΚΟΠΟΥΣ MARKETING

Ο/Η Υπογράφων/ουσα, δηλώνω ότι:

- **ΠΑΡΕΧΩ** ρητά την συγκατάθεσή μου
Όνοματεπώνυμο και Υπογραφή
- **ΔΕΝ Παρέχω** την συγκατάθεσή μου
Όνοματεπώνυμο και Υπογραφή

υπογράψτε σε ένα από τα δύο πλαίσια ανάλογα με την επιλογή σας

στις παραπάνω εταιρίες για επεξεργασία των ΔΠΧ που περιλαμβάνονται σε αυτή την αίτηση ασφάλισης, για Προωθητικούς και Εμπορικούς Σκοπούς και την τήρηση σχετικών αρχείων (βάση του Άρθ 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679). Ημερομηνία ___/___/___