**ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : | Α.Δ.Τ / Α.ΔΙΑΒ : |
| Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ: |
| ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ : | KINHTO: |
| ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ( e-mail): |
| Α.Φ.Μ : | Δ.Ο.Υ : |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : |
| ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ 🞐  | ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ 🞐  |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ :(όπως η σφραγίδα της εταιρίας σας) | ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ :  |
| ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ : |

1. Γνωρίζετε ότι η ασφάλιση διαχωρίζεται σε κινδύνους που αφορούν Α/ την ασφάλιση Περιουσίας , Β/ της Αστικής Ευθύνης προς τρίτους και Γ/ την ασφάλιση Ζωής, Υγείας, Σύνταξης;

ΝΑΙ 🞐 ΟΧΙ 🞐

2. Έχετε προβεί σε κάποια μορφή ασφάλισης για τους παραπάνω κινδύνους; (σημειώσατε ένα)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Ασφάλιση Περιουσίας *(ενδεικτικά αναφέρουμε κατοικία, αυτοκίνητο, σκάφος, κατάστημα, επιχείρηση κλπ.)* |  |  |
| Ασφάλιση Ευθύνης *(ενδεικτικά αναφέρουμε Αστική Ευθύνη έναντι τρίτων, Επαγγελματική Ευθύνη, Εργοδοτική Ευθύνη κλπ.)* |  |  |
| Ασφάλιση Ζωής, Υγείας, Σύνταξης |  |  |

3. Σε ποιους κινδύνους εστιάζετε το ενδιαφέρον σας**;** (σημειώσατε ένα)

|  |  |
| --- | --- |
| Περιουσίας & Συμπληρωματικών Κινδύνων |  |
| Αυτοκινήτου |  |
| Ζωής, Υγείας, Σύνταξης  |  |
| Αστικής Ευθύνης  |  |

Sfakianakis Insurance SA

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ**

**ΜΕΡΟΣ Ι - ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ - ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :** | **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ :** |
| **ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ :** | **KINHTO:** |
| **Α.Φ.Μ :** | **Α.Δ.Τ / Α.ΔΙΑΒ :** | **Δ.Ο.Υ :** |

|  |
| --- |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ** |
| **ΟΔΟΣ:** | **ΑΡ.** | **T.K** | **ΠΟΛΗ / ΧΩΡΙΟ:** |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ** |
| **ΟΔΟΣ:** | **ΑΡ.** | **T.K** | **ΠΟΛΗ / ΧΩΡΙΟ:** |
| **ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΛΛΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ****ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΩΤΕΡΩ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ:** | **ΝΑΙ 🗆** **ΟΧΙ 🗆** |
| **ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ:** | **A.E. 🗆, E.E. 🗆, O.E. 🗆, E.Π.E. 🗆, ΙΚΕ 🗆 Ατομική 🗆, Άλλη 🗆** |
| **ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΝΥΠΟΘΗΚΟ ΔΑΝΕΙΟ ; ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΤΗ ΤΡΑΠΕΖΑ :** |  |
| **ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ:** | **ΕΦΑΠΑΞ 🗆** **ΕΞΑΜΗΝΟΣ 🗆**  |

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ- ΧΡΗΣΗ ΧΩΡΟΥ: 🗆 ΙΔΙΟΧΡΗΣΗ 🗆 ΕΝΟΙΚΙΑΣΗ 🗆 ΕΚΜΙΣΘΩΣΗ**

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ** |
| **ΕΙΔΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ:** |  |
| **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΤΙΡΙΟΥ** | **ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ & ΈΤΟΣ****ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ :** | **ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΑΝΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ**(ΠΧ ΣΙΔΗΡΟΚΑΤΑΣΚΕΥΗ , ΜΠΕΤΟΝ ΑΡΜΕ ): | **ΑΡ. ΟΡΟΦΩΝ (ΕΚΤΟΣ ΙΣΟΓΕΙΟΥ):** | **ΠΟΣΑ ΥΠΟΓΕΙΑ ΥΠΑΡΧΟΥΝ:** |
|  |  |  |
| **ΕΜΒΑΔΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΧΩΡΟΥ:** | **ΠΟΙΟΙ ΟΡΟΦΟΙ ΑΣΦΑΛΙΖΟΝΤΑΙ:** |
| **ΧΡΗΣΗ ΟΙΚΟΔΟΜΗΣ** (ΕΦΟΣΟΝ ΔΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΗ ΕΠΩΝΥΜΙΑ)**& ΓΕΙΤΟΝΙΚΩΝ ΚΤΙΡΙΩΝ :** |

**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ - ΣΕΙΣΜΟΣ**

Η κάλυψη του σεισμού δίνεται προαιρετικά σε κτίρια κατασκευασμένα με νόμιμη άδεια μετά το 1960, (1984 για τους νομούς / περιοχές Ζακύνθου, Ιθάκης, Κεφαλληνίας & Λευκάδας), τα οποία δεν είχαν υποστεί ζημίες από προηγούμενους σεισμούς.

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΣΕΙΣΜΟΥ;** | **ΝΑΙ 🗆** **ΟΧΙ 🗆** |
| **ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΝΟΜΙΜΗ ΑΔΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΑΝΕΓΕΡΣΗΣ ΤΟΥ ΚΤΙΡΙΟΥ;** | **ΝΑΙ 🗆** **ΟΧΙ 🗆** |
| **ΥΠΗΡΞΑΝ ΠΟΤΕ ΖΗΜΙΕΣ ΑΠΟ ΣΕΙΣΜΟ;** | **ΝΑΙ 🗆** **ΟΧΙ 🗆****ΑΝ ΝΑΙ, ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ:** |

**ΜΕΡΟΣ ΙV – ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΦΟΡΗΤΟΙ ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΗΡΕΣ;** | **ΝΑΙ 🗆**  **ΑΡ.ΤΕΜΑΧΙΩΝ : ΟΧΙ 🗆** |
| **ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΙΚΕΣ ΦΩΛΙΕΣ;** | **ΝΑΙ 🗆** **ΑΡ.ΤΕΜΑΧΙΩΝ : ΟΧΙ 🗆** |
| **ΥΠΑΡΧΟΥΝ SPRINKLERS ;** (ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ) |  |
| **ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΥΝΑΓΕΡΜΟΥ;** | □ **ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ** | □ **ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ** | □ **ΑΛΛΟ( να δηλωθεί)** |
| **ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΥΝΑΓΕΡΜΟΥ ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΙΣΟΔΟΥΣ / ΧΩΡΟΥΣ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ; ΝΑΙ 🗆** **ΟΧΙ 🗆** |
| □ **ΜΟΝΙΜΟΣ ΦΥΛΑΚΑΣ** | □ **ΡΟΛΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ** | □ **ΚΛΕΙΔΑΡΙΕΣ** **ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ** | □ **ΜΟΝΙΜΑ ΣΙΔΕΡΕΝΙΑ ΚΑΓΚΕΛΑ** |
| **ΑΛΛΑ ΜΕΤΡΑ *(Παρακαλούμε, αναφέρατε αναλυτικά):*** |

**ΜΕΡΟΣ V - ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΖΗΜΙΩΝ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΥΠΗΡΞΑΝ ΖΗΜΙΕΣ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ;** | **🗆** **ΝΑΙ 🗆** **ΟΧΙ** |
| **ΕΑΝ ΝΑΙ , ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ, ΕΤΟΣ, ΕΙΔΟΣ ΖΗΜΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟ:** |  |
| **ΛΑΒΑΤΕ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟ ΠΟΣΟ:** |  |

**ΜΕΡΟΣ VI - ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΟΙΚΟΔΟΜΗ*****(Τρέχουσα Κατασκευαστική Αξία)* : €** | **ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΟΙΚΟΔΟΜΗΣ:** |
| **ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ:** | **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ:** |
| **ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΑ – Α΄ ΥΛΕΣ (ΑΝΤΑΛΛΑΚΤΙΚΑ & ΑΞΕΣΟΥΑΡ):** | **ΛΟΙΠΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ (ΓΡΑΦΕΙΑ, ΕΠΙΠΛΑ ΚΛΠ):** |
| **ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ:** |
| 1. **ΤΡΙΤΩΝ:**
 |  |
| 1. **ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΠΩΝΥΜΙΑΣ:**
 |  |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ (Οικοδομή-βελτιώσεις-εμπορεύματα-εξοπλισμός-σκάφη):** |

**Είναι σημαντικό να γνωρίζετε ότι θα πρέπει να δηλώνονται προς ασφάλιση τα πραγματικά κεφάλαια προς αποφυγή κινδύνου υπασφάλισης ή υπερασφάλισης σε περίπτωση ζημίας**

**ΕΠΕΚΤΑΣΕΙΣ**

Παρακαλούμε, αναφέρατε περιγραφή ασφαλισμένων αντικειμένων παρακάτω και τα κεφάλαια κάλυψης που επιθυμείτε:

# 1. ΛΟΙΠΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΠΑΙΘΡΟ:

|  |  |
| --- | --- |
| **Περιγραφή:** | **Αξία:** |
| **Περιγραφή:** | **Αξία:** |
| **Περιγραφή:** | **Αξία:** |

**Δεν καλύπτονται απώλειες ή ζημίες σε περιουσιακά στοιχεία όπως τέντες, πύλες, περιφράξεις, μαντρότοιχοι, πεζούλια, πεζοδρόμια.**

# ΜΕΡΟΣ VII- ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

|  |  |
| --- | --- |
| **ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΣΕΙΣΜΟΥ / ΤΥΧΑΙΑΣ ΚΑΘΙΖΗΣΗΣ-ΚΑΤΟΛΙΣΘΗΣΗΣ** | **🗆** **ΝΑΙ 🗆** **ΟΧΙ** |
| **ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΣΕΙΣΜΟΥ / ΤΥΧΑΙΑΣ ΚΑΘΙΖΗΣΗΣ-ΚΑΤΟΛΙΣΘΗΣΗΣ** | **🗆** **ΝΑΙ 🗆** **ΟΧΙ** |

**ΔΗΛΩΣΗ**

Ο υπογράφων ιδιοκτήτης ή/και ενοικιαστής του καταστήματος που περιγράφεται παραπάνω, παρακαλώ να εκδώσετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο με βάση τα αναφερόμενα στοιχεία, την ακρίβεια των οποίων βεβαιώνω υπεύθυνα. Επίσης, συμφωνώ ότι η παρούσα πρόταση ασφάλισης θα αποτελέσει τη βάση για την έκδοση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. **Η παραπάνω δήλωση μου ισχύει και για κάθε ανανέωση της ασφάλισης, εκτός εάν τροποποιηθεί γραπτώς.**

**ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ**:

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

Υποχρεωτικό από το Νόμο 4583/2018 ενημέρωση από

**ΤΟΝ ΑΣ Φ ΑΛΙΣΤΙΚΟ Δ ΙΑ Μ ΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΑ Σ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ: **

# Sfakianakis Insurance SA

ΑΦΜ: 099367505

ΓΕΜΗ: 068750303000

Αρ Μητρώου Επιμελητηρίου: 204748 ΕΙΔ.ΜΗΤΡ. 6570

# Διεύθυνση:

Σπύρου Πάτση 58-60, Αθήνα ΤΚ 11855, τηλ. επικοινωνίας 210 3469549

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ**

Πιστοποιητικό Γνώσεων Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή:

Ασφαλιστικού Πράκτορα & Συντονιστή Ασφαλιστικών Πρακτόρων.

Η πιστοποίησή μου ως ασφαλιστικός διαμεσολαβητής μου επιτρέπει τη διαμεσολάβηση σε ασφαλιστικά προϊόντα με επενδυτικά χαρακτηριστικά.

Αριθμός Επιμελητηρίου: **204748**

**ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ**

Η εταιρία δεν έχει συμμετοχή (άμεση ή έμμεση) στο μετοχικό κεφάλαιο ασφαλιστικής εταιρίας, που να φτάνει ή να υπερβαίνει το 10% των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου αυτής.

Η εταιρία δεν έχει συμμετοχή (άμεση ή έμμεση) σε οποιαδήποτε ασφαλιστική επιχείρηση ή μητρική επιχείρηση ασφαλιστικής επιχείρησης, που να φτάνει ή να υπερβαίνει το 10% των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου της**.**

**ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΠΕΛΑΤΩΝ**

Λήπτης Ασφάλισης, Ασφαλισμένος, Δικαιούχος και Ενώσεις Καταναλωτών έχουν τη δυνατότητα να υποβάλλουν έγγραφη καταγγελία στη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (ΔΕΙΑ) της Τράπεζας της Ελλάδος κατά ασφαλιστικού διαμεσολαβητή για πράξεις ή παραλείψεις που συνιστούν παραβιάσεις της νομοθεσίας για την ασφαλιστική διαμεσολάβηση , καθώς και οποιωνδήποτε άλλων σχετικών διατάξεων. Η όποια τέτοια διαφορά μπορεί, με αποδοχή των εμπλεκομένων μερών, να παραπεμφθεί από τη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (ΔΕΙΑ) στην Ανεξάρτητη Αρχή Συνήγορος του Καταναλωτή, χωρίς, με τον τρόπο αυτό να περιορίζεται η δυνατότητα των μερών να προβαίνουν σε εξωδικαστική επίλυση της διαφοράς ενώπιον άλλων δικαιοδοτικών οργάνων.

**ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ**

Η εταιρία δραστηριοποιείται στην ασφαλιστική διαμεσολάβηση με την ιδιότητα του Πράκτορα Ασφαλίσεων και συνεργάζεται με ικανό αριθμό ασφαλιστικών εταιριών από τις οποίες αμείβεται, διαθέτει δικαίωμα είσπραξης ασφαλίστρων και παρέχει συμβουλές βάσει αμερόληπτης ανάλυσης.

# Επιβεβαιώνω ότι έχω ενημερωθεί & παραλάβει όλα τα παρακάτω από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή και συμφωνώ να προχωρήσουμε στη προτεινόμενη αίτηση ασφάλισης σύμφωνα με τα στοιχεία που υπέβαλα κατά τη διάρκεια καταγραφής των αναγκών μου:

* Έντυπο Υποχρεωτικής Ενημέρωσης από τον ασφαλιστικό μου διαμεσολαβητή
* Αίτηση Ασφάλισης

Ημερομηνία και τόπος Συνάντησης …………. …../…../…….

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΕΛΑΤΗ

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ**

**(ως Υπεύθυνο και Εκτελούντα την Επεξεργασία)**

(Σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Δεδομένων Ε.Ε. 679/2016)

**Είναι σημαντικό να αφιερώσετε λίγο χρόνο για να διαβάσετε την παρούσα ενημέρωση, που αφορά τους όρους επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων από την εταιρεία μας, Sfakianakis Insurance S.A.**

Τα προσωπικά σας δεδομένα, τα οποία με τη συγκατάθεσή σας καταχωρήθηκαν στα αντίστοιχα έντυπα Καταγραφής Αναγκών της εταιρείας μας (είτε ηλεκτρονικά είτε έγχαρτα), συλλέγονται και επεξεργάζονται, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή και Ελληνική νομοθεσία, κατά τα παρακάτω:

1. **ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ–ΕΚΤΕΛΩΝ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ:** Τα προσωπικά σας δεδομένα συλλέγει, διατηρεί σε αρχείο και επεξεργάζεται η εταιρεία μας **"Sfakianakis Insurance S.A.",** με ΑΦΜ: 099367505 και A.M. A.E. στο Επαγγελματικό Επιμελητήριο Αθηνών 43092/05/B/99/06, η οποία εδρεύει στην Αθήνα, οδός Σπύρου Πάτση 58-60, ΤΚ 11855, e-mail: insbrk@sfakianakis.gr, τηλ. 210 3469549.
2. **ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:** Για συμβουλές και επεξηγήσεις σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων και με την ενάσκηση των δικαιωμάτων σας, επικοινωνήστε στο τηλ.: 210 3499817 είτε στο email: dataprotection@sfakianakis.gr
3. **ΣΚΟΠΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ:** Η συλλογή των προσωπικών σας δεδομένων και η μεταγενέστερη επεξεργασία τους αποσκοπεί στην εκπλήρωση της προβλεπόμενης από το άρθρο 11 παρ. 3 του π.δ. 190/06 υποχρέωση μας, ως ασφαλιστικών διαμεσολαβητών: α) να διευκρινίζουμε τις ασφαλιστικές απαιτήσεις και ανάγκες σας, βάσει των πληροφοριών που παρέχετε και β) να προσδιορίζουμε τους λόγους στους οποίους βασίζονται οι ασφαλιστικές συμβουλές που θα σας παρέχουμε πριν την σύναψη εκ μέρους σας οποιασδήποτε ασφαλιστικής σύμβασης. Τα στοιχεία αυτά είναι αντικειμενικά ουσιώδη για την αξιολόγηση του ασφαλιστικού κινδύνου και για την εν γένει εκτέλεση των υπηρεσιών μας, ως ασφαλιστικού διαμεσολαβητή σας.

Εφόσον δώσετε την συγκατάθεση σας, για τη διενέργεια έρευνας αγοράς καθώς και για την προώθηση προϊόντων και υπηρεσιών, εκτός από τη Sfakianakis Insurance S.A. τα προσωπικά σας δεδομένα ενδέχεται να διαβιβαστούν ή/και σε λοιπές εταιρείες του Ομίλου Σφακιανάκη και σε εταιρείες που τους παρέχουν υποστηρικτικές υπηρεσίες για τον άνω σκοπό.

1. **ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:** Θα κρατήσουμε τα δεδομένα σας για όσο χρόνο διαμεσολαβούμε για λογαριασμό σας για τη σύναψη εκ μέρους σας οποιασδήποτε ασφαλιστικής σύμβασης. Σε περίπτωση, που για οποιοδήποτε λόγο η συνεργασία μας διακοπεί, θα τα κρατήσουμε για όσο χρόνο υποχρεούμαστε εκ του νόμου και σε κάθε περίπτωση για όσο χρόνο απαιτείται μέχρι να παρέλθει ο χρόνος παραγραφής τυχόν εκατέρωθεν αξιώσεων μας. Σε περίπτωση που σας υποβάλλουμε προσφορά ασφάλισης, αλλά τελικά δεν ασφαλιστείτε με τη διαμεσολάβηση μας, θα κρατήσουμε τα δεδομένα σας για εύλογο χρονικό διάστημα για την εκπλήρωση του συγκεκριμένου σκοπού.
2. **ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ:** Αποδέκτες των δεδομένων σας δύναται να είναι ασφαλιστικές εταιρείες, δημόσιες υπηρεσίες, δικαστικές αρχές, και δημόσιοι λειτουργοί, βάσει των επιταγών του νόμου, δικαστικών αποφάσεων και για την προάσπιση των εννόμων συμφερόντων μας.
3. **ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΑΣ:** Τα δικαιώματα σας, υπό τις προϋποθέσεις του Κανονισμού ΕΕ 679/2016, ανάλογα με τον σκοπό και τη νομική βάση επεξεργασίας τους, μπορείτε να υποβάλετε στην εταιρεία μας ή στους κατά περίπτωση αποδέκτες, για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων, είναι τα εξής: α) υποβολή αιτήματος για **πρόσβαση**, **διόρθωση** ή **διαγραφή** ή **περιορισμό** της επεξεργασίας τους, β) **εναντίωση** στην επεξεργασίας τους, γ) **φορητότητα** των δεδομένων σας, δ) όπου έχει δοθεί, δικαίωμα **ανάκλησης** της συγκατάθεσης.

Για την άσκηση των δικαιωμάτων σας, επικοινωνήστε στο 210 3469549.

Επίσης, σε περίπτωση που διαπιστώσετε οποιαδήποτε παράβαση, έχετε το δικαίωμα υποβολής **καταγγελίας** στην **Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα** (άρθρο 77), Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλ.: +30 210 6475600, e-mail: contact@dpa.gr

**Για να ενημερωθείτε αναλυτικά για τους όρους επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων και την πολιτική της εταιρείας μας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας:** [**www.sfakianakisinsurance.gr**](http://www.sfakianakisinsurance.gr/)

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ – MARKETING**

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

(*ονοματεπώνυμο*)………………………………………………….…

(*διεύθυνση*)………………………………………………….………..(*τηλ*)…………………………….…… (*e-mail*)…………………………………..….

Σε συνέχεια της συμπλήρωσης των σχετικών εντύπων καταγραφής αναγκών της Sfakianakis Insurance S.A., δηλώνω ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση ότι **παρέχω** τη **συγκατάθεση** μου, για την ένταξη των προσωπικών μου δεδομένων σε Αρχείο Προσωπικών Δεδομένων και την επεξεργασία τους για τον **σκοπό** της ενημέρωσης μου για **προώθηση** προϊόντων και υπηρεσιών και τη διενέργεια έρευνας αγοράς, προς τους παρακάτω (*για την προτίμηση* σας *σημειώσατε Χ στα παρακάτω πεδία*)**:**

 **ΝΑΙ ΟΧΙ**

Α) **Sfakianakis Insurance S.A**. και σε εταιρείες που της παρέχουν υποστηρικτικές υπηρεσίες ⎕ ⎕

Β) **Όμιλο Σφακιανάκη** και σε εταιρείες που του παρέχουν υποστηρικτικές υπηρεσίες ⎕ ⎕

**Οι ανωτέρω αποδέκτες μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί μου με τους εξής τρόπους** (*για την προτίμηση* σας *σημειώσατε Χ στα παρακάτω πεδία*) **:**

**Email** ⎕ **Τηλέφωνο** ⎕ **SMS** ⎕ **Ταχυδρομείο (post)** ⎕ **Δεν επιθυμώ** ⎕

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για τους όρους της επεξεργασίας των προσωπικών μου δεδομένων κατά τις επιταγές του Κανονισμού ΕΕ (2016/679). Αναλυτικά, οι πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων βρίσκονται στις πολιτικές απορρήτου, ως εξής:

Α) Sfakianakis Insurance S.A: www.sfakianakisinsurance.gr

Β) Όμιλος Σφακιανάκη: Κατάλογος των εταιρειών και δραστηριοτήτων του ομίλου είναι διαθέσιμος εδώ: [https://www.sfakianakis.gr/](https://www.sfakianakis.gr/p)politiki-prostasias-dedomenon

 από όπου υπάρχει δυνατότητα μετάβασης απευθείας στο site της εκάστοτε εταιρείας (και στην πολιτική απορρήτου της), πατώντας τον σχετικό σύνδεσμο.

Τέλος, δηλώνω ότι γνωρίζω ότι **δικαιούμαι** οποτεδήποτε **να ανακαλέσω** την παρούσα συγκατάθεση μου ή να γνωστοποιήσω οποιαδήποτε αλλαγή στα προσωπικά μου δεδομένα ή να ασκήσω οποιοδήποτε άλλο από τα δικαιώματα που μου παρέχει ο Κανονισμός ΕΕ (2016/679), ενημερώνοντας σχετικά είτε τη Sfakianakis Insurance S.A., η οποία εδρεύει στην Αθήνα, οδός Σπύρου Πάτση 58-60, ΤΚ 11855, επικοινωνώντας τηλεφωνικά στο: 210 3469549 είτε την εκάστοτε εταιρεία του Ομίλου Σφακιανάκη, τα στοιχεία επικοινωνίας της οποίας αναφέρονται στον ως άνω κατάλογο: [https://www.sfakianakis.gr/](https://www.sfakianakis.gr/p)politiki-prostasias-dedomenon

**Ημερομηνία: ……………………. Υπογραφή …………………………………………..**