



# ΦΙΛΠΑ

ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΠΑΛΑΙΟΥ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ

Α.Φ.Μ. : 090276351 Δ.Ο.Υ. ΑΘΗΝΩΝ ΣΤ'

ΚΥΒΕΛΗΣ 6 Τ.Κ. 15344 ΓΕΡΑΚΑΣ

ΤΗΛ. 2106534700 FAX. 2106533420 EMAIL: info@philpa.gr

ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ Ε.Ο. ΦΙΛΠΑ



## ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

ΠΡΟΣ: κ. Κουτσικό Μανώλη

ΑΘΗΝΑ

Παρακαλούμε για την ασφάλιση έως 01.02. άπαξ και κατόπιν ετησίως, του μέλους μας με τα ακόλουθα στοιχεία και την αποστολή της αλληλογραφίας στην παραπάνω αναγραφόμενη διεύθυνση του Σωματίου μας

ΕΠΩΝΥΜΟ* Last Name		ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ* FATHER'S NAME	
ΟΝΟΜΑ* Name		ΔΟΥ * VAT OFFICE	
Α.Φ.Μ. * VAT REG NO		ΗΜ ΓΕΝΝΗΣΗΣ* DATE OF BIRTH	
Α.Δ.Τ. * IDENTITY CARD		ΕΤΟΣ ΔΙΠΛ.* Date of DRIV. LICENCE	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ OCCUPATION		Τ.Κ.* POSTAL CODE	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ * ADDRESS		ΝΟΜΟΣ* COUNTY	
ΠΟΛΗ * CITY		ΚΙΝΗΤΟ * CELL NO	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ * TEL NO		e-mail*	
ΦΑΞ FAX			
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΧΗΜΑΤΟΣ</b>			
ΑΡ. ΠΙΝΑΚΙΔΑΣ* REGISTRATION No		ΑΡ. ΚΑΡΤΑΣ * ID. NUMBER	
ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΟ* MAKER		ΤΥΠΟΣ* TYPE	
ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ* YEAR OF MANUFACTURE		ΧΡΩΜΑ * COLOR	
ΑΡ. ΠΛΑΙΣΙΟΥ* FRAME NUMBER		ΚΥΒΙΣΜΟΣ* ENGINE CAPACITY	
ΑΡ. ΚΙΝΗΤΗΡΑ* ENGINE NUMBER		ΘΕΣΕΙΣ No of SEATS	

\* ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΜΕ ΑΣΤΕΡΙΣΚΟ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ / fields with \* are required

\*\*\* Η ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ/ member is responsible for the renewal

\*\*\*\* Η ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΤΩΝ ΙΣΤΟΡΙΚΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ ΠΡΟΒΛΕΠΕΤΑΙ ΑΠ' ΤΗΝ Υ.Α. Α-ΟΙΚ.64079/6984 ΦΕΚ 1512Β/2001, ΤΗΝ Α-ΟΙΚ. 61041/5235 Φ.Ε.Κ. 3019/2013 ΌΠΩΣ ΑΥΤΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΜΕ ΤΗΝ Κ.Υ.Α. Α-ΟΙΚ.55972-3112 Φ.Ε.Κ. 43553 16/10/2017 ΚΑΙ ΤΥΧΟΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΤΩΝ (Terms of circulation specifind are referend by Minsterial Order as above)

Επισυνάπτονται τα απαιτούμενα κατά περίπτωση δικαιολογητικά: (άδεια, πιστοποιητικό καταχώρησης, κάρτα FIVA & δίπλωμα )

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Έχοντας υπόψη μου τις συνέπειες του νόμου για την μη σωστή περιγραφή του ασφαλιστικού κινδύνου (Ν.2496/97) - άρθρο 3,5,8) βεβαιώνω ότι οι απαντήσεις μου στην πρόταση αυτή είναι απόλυτα ακριβείς και ανταποκρίνονται στην αλήθεια. Σε περίπτωση που τα παραπάνω στοιχεία δεν είναι ακριβή και αληθή και δεν ανταποκρίνονται στην πραγματική κατάσταση του κινδύνου καθ' όλη την διάρκεια της ασφάλισης, γνωρίζω ότι η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να μην μου παρέχει ασφαλιστική κάλυψη, να ακυρώσει την ασφάλιση αυτή ή/και να απαιτήσει αποζημίωση εκ μέρους μου από την αιτία αυτή. Παρακαλώ με βάση τα στοιχεία που δήλωσα και σύμφωνα με τους Γενικούς-Ειδικούς όρους καθώς και εξαιρέσεις της ασφάλισης που διάβασα και αποδέχομαι, να εκδώσετε ασφαλιστήριο για τις παρεχόμενες καλύψεις. Γνωρίζω ότι σύμφωνα με το Νόμο 2496/97-άρθρο 6 σε συνδυασμό με το άρθρο 146 παρ. 1 του Νόμου 4364/2016 για να ισχύσει η ασφάλιση που ζητώ θα πρέπει να αποδεχθεί η Εταιρεία την πρότασή μου και να έχω απαραίτητες εξοφλήσει το ασφάλιστρο εφάπαξ ή την πρώτη δόση αυτού, εφόσον έχει συμφωνηθεί η καταβολή του ασφαλίστρου σε δόσεις. Η πρόταση αυτή μαζί με όσες έγγραφες συμπληρωματικές πληροφορίες ακολουθήσουν θα αποτελούν αποδεικτικά έγγραφα για την ασφάλιση που επιθυμώ να συνάψω με την Εταιρεία. Όσα στοιχεία δηλώνει ο λήπτης της Ασφάλισης με την Πρόταση προορίζονται αποκλειστικά για την κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης που ζητήθηκε και θα τηρούνται απ' την Εταιρεία με βάση το Νόμο 2472/97. Οποιαδήποτε επεξεργασία των στοιχείων αυτών είναι απόρρητη και θα διεξάγεται αποκλειστικά από πρόσωπα που είναι ειδικά εξουσιοδοτημένα απ' την Εταιρεία.

**Απαιτείται η υπογραφή του μέλους στην επόμενη σελίδα για την ενημέρωση και την συγκατάθεση του στην επεξεργασία των προσωπικών του δεδομένων**

ΓΙΑ ΤΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ

Ο Κάτοχος/ owner

## Ενημέρωση για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων που παρέχονται στο παρόν έντυπο

**Υπεύθυνος Επεξεργασίας:** Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία, Λ. Αθηνών 110, Κτίριο Γ', 104 42 Αθήνα, τηλ. 2106905500

**Στοιχεία Επικοινωνίας Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων:** τηλ. 2106999999, email: customercontact@allianz.gr

### Σκοπός Επεξεργασίας:

- Οποιαδήποτε επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων διεξάγεται αποκλειστικά για την εκτέλεση και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, την εν γένει εξυπηρέτηση, παρακολούθηση και υποστήριξη της συμβατικής σχέσης που δημιουργείται με την υπογραφή του παρόντος, συμπεριλαμβανομένης αυτοματοποιημένης λήψης απόφασης και κατάρτισης προφίλ, για σκοπούς εκτίμησης κινδύνου.

- Εμπορική επικοινωνία, προωθητικές ενέργειες, έρευνες ικανοποίησης πελατών και επιστημονική επικοινωνία, με την παροχή συγκατάθεσής σας στο παρόν έντυπο.

- Συμμόρφωση της εταιρείας μας με τις υποχρεώσεις που απορρέουν από την νομοθεσία

- Νόμιμα συμφέροντα της εταιρείας μας, όπως για λόγους πρόληψης και ανίχνευσης απάτης.

### Αποδέκτες Δεδομένων:

- Ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας: Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία

- Φυσικά ή Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου, τα οποία εκτελούν την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων κατ' εντολή του Υπευθύνου Επεξεργασίας, παρέχοντας τα απαιτούμενα εχέγγυα για την σύνομη επεξεργασία τους.

- Δημόσιες Αρχές, Υπηρεσίες και Οργανισμοί στο πλαίσιο εκπλήρωσης των σχετικών νόμιμων υποχρεώσεων του Υπευθύνου Επεξεργασίας.

- Εταιρείες του Ομίλου Allianz, και σε περίπτωση μεταφοράς εκτός Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, βάσει νομίμως εγκεκριμένων Δεσμευτικών Εταιρικών Κανόνων.

**Χρονικό Διάστημα Διατήρησης:** Το απαιτούμενο για την εκτέλεση και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, την συμπλήρωση του νόμιμου χρόνου παραγραφής σχετικών αξιώσεων και την συμμόρφωσή με νόμιμες υποχρεώσεις της εταιρείας μας.

**Δικαιώματα που αφορούν τα προσωπικά δεδομένα:** Το Υποκείμενο των Δεδομένων δικαιούται πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, φορητότητας δεδομένων, περιορισμού, εναντίωσης στην επεξεργασία, για τα προσωπικά δεδομένα που το αφορούν και μπορεί να τα ασκήσει υποβάλλοντας σχετικό αίτημα στην εταιρεία μας.

**Ανάκληση συγκατάθεσης:** Μπορεί να λάβει χώρα οποτεδήποτε, ωστόσο, κατά περίπτωση, ενδεχομένως να συνεπάγεται την διακοπή της ασφαλιστικής σύμβασης, καθώς δε θα νομιμοποιούμαστε πλέον να επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά δεδομένα σας και να παρέχουμε τις υπηρεσίες μας.

**Ενημέρωση για αυτοματοποιημένη λήψη απόφασης και κατάρτισης προφίλ:** Χρησιμοποιούμε την αυτοματοποίηση στις εργασίες μας, στην ανάληψη κινδύνου για τις ασφαλίσεις αυτοκινήτου και τις ασφαλίσεις υγείας, πάντοτε υπό την εποπτεία του υπεύθυνου υπαλλήλου.

Σας ενημερώνουμε ότι σε περίπτωση περιστατικού απώλειας των προσωπικών δεδομένων σας, θα σας ενημερώσουμε, σύμφωνα με την σχετική νομοθεσία.

Σας ενημερώνουμε ότι έχετε δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην αρμόδια εποπτική αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Η παρούσα ενημέρωση παρέχεται σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων και την σχετική νομοθεσία για την προστασία προσωπικών δεδομένων.

## Συγκαταθέσεις για την Επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων

### Σκοπός εμπορικής επικοινωνίας και προωθητικών ενεργειών

Παρέχω την συγκατάθεσή μου για την λήψη υλικού εμπορικής επικοινωνίας και επιτρέπω τη συμμετοχή μου σε προωθητικές ενέργειες, της Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. ή του Ομίλου Allianz, σχετικά με προϊόντα και υπηρεσίες.

Συμφωνώ ότι μπορείτε να συλλέξετε, να επεξεργαστείτε και να γνωστοποιήσετε τα προσωπικά μου δεδομένα σε συνεργαζόμενες εταιρείες που συνδέονται άμεσα με αυτή την επεξεργασία, κατανοώ ότι τα προσωπικά μου δεδομένα θα υποβληθούν σε επεξεργασία μόνο για τους προαναφερόμενους σκοπούς, για τους οποίους ρητά συμφωνώ και παρέχω την συγκατάθεσή μου με την συμπλήρωση του αντίστοιχου τετραγώνου.

Ναι παρέχω την συγκατάθεσή μου

Όχι δεν παρέχω την συγκατάθεσή μου

### Σκοπός συμμετοχή σε έρευνες ικανοποίησης πελατών και επιστημονικές έρευνες

Παρέχω την συγκατάθεσή μου και επιτρέπω τη συμμετοχή μου σε έρευνες ικανοποίησης πελατών και επιστημονικές έρευνες που αφορούν την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. ή τον Όμιλο Allianz.

Συμφωνώ ότι μπορείτε να συλλέξετε, να επεξεργαστείτε και να γνωστοποιήσετε τα προσωπικά μου δεδομένα σε συνεργαζόμενες εταιρείες που συνδέονται άμεσα με αυτή την επεξεργασία, κατανοώ ότι τα προσωπικά μου δεδομένα θα υποβληθούν σε επεξεργασία μόνο για τους προαναφερόμενους σκοπούς, για τους οποίους ρητά συμφωνώ και παρέχω την συγκατάθεσή μου με την συμπλήρωση του αντίστοιχου τετραγώνου.

Ναι παρέχω την συγκατάθεσή μου

Όχι δεν παρέχω την συγκατάθεσή μου

Εάν επιθυμώ την ανάκληση της συγκατάθεσής μου σε κάποιο από τα ως άνω στοιχεία, μπορώ να επικοινωνήσω στο τηλέφωνο 2106999999, ή να αποστείλω σχετικό αίτημά στο e-mail: customercontact@allianz.gr.

Ενημερώθηκα και κατανόησα πλήρως ότι μπορώ να μάθω περισσότερα για την προστασία των προσωπικών δεδομένων μου και των σχετικών με αυτά δικαιωμάτων μου στην εταιρική ιστοσελίδα της Allianz Ελλάδος, [www.allianz.gr](http://www.allianz.gr) στην ενότητα για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι ενημερώθηκα για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων από την Εταιρία και δήλωσα την προτίμησή μου στις σχετικές συγκαταθέσεις.

Όνοματεπώνυμο.....

ΑΦΜ ή ΑΔΤ.....

Ημερομηνία & υπογραφή .....