

**Αστική Ευθύνη
Διαμεσολαβητών**
Αίτηση Ανανέωσης
Ασφάλισης

**Professional Indemnity
Intermediaries**
Renewal Declaration Form

Αγαπητέ Συνεργάτη,

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ

Με αφορμή την επικείμενη ανανέωση του συμβολαίου σας Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης Διαμεσολαβητή , σας παραθέτουμε την **ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ** την οποία παρακαλούμε να συμπληρώσετε, υπογράψετε και μας αποστείλετε με email brokerspi@gkaravias.gr ή με fax 210 3643503.

Στο **ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ** αναγράφετε το ονοματεπώνυμό σας ή την επωνυμία της Εταιρείας σας.

Στις **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ** συμπληρώνετε **ΜΟΝΟΝ** τα προσωπικά σας στοιχεία (Α.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ., Ασφαλιστική Ιδιότητα, διεύθυνση, τηλέφωνα και email) **εφόσον υπάρχουν αλλαγές** σε σχέση με το προηγούμενο έτος. Οπωσδήποτε τον αριθμό εργαζομένων (εφόσον υπάρχουν)

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ : Θα πρέπει να προσκομίζετε οπωσδήποτε, είτε ηλεκτρονικά είτε αυτοπροσώπως, στο οικείο επιμελητήριο, κάθε ετήσια ανανέωση του συμβολαίου σας.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΕΙΝΑΙ Η ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (GDPR) (σελ 9-10)

Όσοι ανήκετε στο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ παρακαλούμε διαβάστε τις επισυναπτόμενες οδηγίες.

Για την Εταιρεία



Καραβίας Γιώργος

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ
RENEWAL DECLARATION FORM**

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

INSURED

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ (εφόσον υπάρχουν τροποποιήσεις στα προσωπικά σας στοιχεία, παρακαλούμε γράψτε λεπτομέρειες
-if there are any changes to your personal information, please fill in here

Είστε μέλος Ένωσης ή Συνδέσμου; Παρακαλούμε απαντήστε.

Συνολικός αριθμός εργαζομένων / Total number of Employees

Προμήθειες/αμοιβές/χρεώσεις/έσοδα – brokerage/fees/charges/commissions

Τελευταίο οικονομικό έτος / Last financial year		€
Τρέχον οικονομικό έτος / Current financial year		€
Πρόβλεψη επόμενου οικονομικού έτους / Estimation forthcoming financial year		€

Ανάλυση προμηθειών επί % ανά κλάδο – Brokerage income %

Αυτοκινήτων / motor	%	Ναυτιλίας / Marine	%
Ιδιωτικών κατοικιών / Private household	%	Λοιποί κλάδοι / Other	%
Εμπορικών κινδύνων / Commercial liability	%	Ζωής/Νοσοκομειακά / Life/Medical	%
Αστικής ευθύνης / Liability	%	Αμοιβαία κεφάλαια / Mutual funds	%

ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ / Legal expenses cover

ΝΑΙ /YES

ΟΧΙ /NO

Δηλώνεται και συμφωνείται ότι η ασφαλιστική σύμβαση θα συναφθεί με βάση την παραπάνω δήλωση εισοδήματος / προμηθειών και τα ασφάλιστρα που θα εισπραχθούν έχουν υπολογισθεί με βάση τη δήλωση αυτή. Σε περίπτωση που δηλωθούν μηδενικά έσοδα από ασφαλιστικές διαμεσολαβήσεις – μηδενική δραστηριότητα, εάν ο ασφαλισμένος πραγματοποιήσει οποιασδήποτε μορφής ασφαλιστική διαμεσολάβηση, εργασία ή συμβουλή, ακόμη και χωρίς αμοιβή, θα πρέπει να ενημερώσει άμεσα τους Ασφαλιστές οι οποίοι θα αποφασίσουν εάν θα χρεωθεί με επιπλέον ασφάλιστρο. Σε αντίθετη περίπτωση δε θα ισχύει η ασφάλιση αυτή. It is hereby agreed and declared that this insurance policy has been issued based on brokerage income declared above and the charged premium has been calculated on this amount. In case the Insured has declared nil brokerage or nil activity as Insurance Intermediary but the Insured acts as Insurance Broker or Agent or advice is given by the Insured, the Insured has to inform Insurers immediately in order this policy to be amended and the relative premium to be changed. Otherwise this insurance policy is not valid.

Υπάρχει κάποια αλλαγή τους τελευταίους 12 μήνες που να περιλαμβάνει αλλαγή πχ δραστηριότητας, επαγγελματικής άδειας κλπ; Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες. Has there been any changes in the past 12 months, including any changes of business activities? If yes please provide details.

Προβλέπεται κάποια αλλαγή για τους επόμενους 12 μήνες; Αν ναι δώστε λεπτομέρειες. Do you anticipate any changes in the next 12 months? If yes please provide details.

Κατόπιν έρευνας επιβεβαιώνεται ότι κανένας Διευθυντής / Εταίρος ή μέλος του προσωπικού δεν έχει λάβει γνώση οποιασδήποτε απαίτησης εναντίον μας, επίσης δεν είμαστε γνώστες οποιωνδήποτε συνθηκών που μπορούν να οδηγήσουν σε οποιαδήποτε απαίτηση εναντίον μας μέχρι τη συμπλήρωση αυτής της Αίτησης Ανανέωσης με ημερομηνία _____. After enquires have been made of all Directors / Partners / Principals and staff, it is confirmed that no claims have been made against us and that no circumstances, which may give rise to a claim being made against us, have become known to us since completing the proposal form dated _____.

Δήλωση μη ύπαρξης ζημίας No Claims Declaration

Δηλώνω/δηλώνουμε εξ ονόματος της Εταιρείας ότι οι ανωτέρω δηλώσεις και τα στοιχεία είναι ακριβή και ότι δεν έχω/έχουμε παραποιήσει ούτε αποκρύψει κανένα ουσιαστικό στοιχείο. Συμφωνώ/συμφωνούμε ότι η παρούσα πρόταση μαζί με κάθε άλλο στοιχείο που αναφέρουμε να αποτελέσει τη βάση κάθε σύμβασης ασφάλισης που θα συναφθεί. Δεσμεύομαι/δεσμευόμαστε να ενημερώσουμε του ασφαλιστές για κάθε ουσιαστική αλλαγή αυτών των στοιχείων που θα συμβεί πριν την ολοκλήρωση της σύμβασης ασφάλισης. Η υπογραφή της παρούσας πρότασης δε δεσμεύει τον προτείνοντα ή τους ασφαλιστές να συνάψουν την παρούσα ασφάλιση. I/we declare on behalf of the Firm that the statements & particulars declared above are true and that I/we have not misstated nor suppressed any material facts. I/we agree that this proposal, together with any information supplied by me/us, shall form the basis of any Contract of Insurance effected thereon. I/We undertake to inform Insurers of any material alteration of those facts occurring before completion of the contract of Insurance. Signing this proposal form does not bind the proposer or the Insurers to complete this Insurance.

Υπογραφή: _____
Signature:

Ημερομηνία: _____
Date:

ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΟΠΩΣΔΗΠΟΤΕ

Ημερομηνία / Date,.....

To Whom It May Concern:

_____ Professional Indemnity No Claims Declaration

_____ **Δήλωση μη ζημιάς Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης**

We are not aware of any outstanding claims / circumstances for the 5 last years, which could give rise to a Professional Indemnity claim, which have not already been notified to insurers .

Δεν είμαστε ενήμεροι για καμία ζημιά / κατάσταση για τα τελευταία 5 έτη, η οποία θα μπορούσε να προκαλέσει απαίτηση Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης, για την οποία δεν έχουμε ενημερώσει τους ασφαλιστές.

Yours faithfully / Με εκτίμηση

Υπογραφή / Signature

Όνομα / Name

Αγαπητοί συνεργάτες,

Η KARAVIAS UNDERWRITING AGENCY λόγω της αμοιβαίας εμπιστοσύνης και της μακρόχρονης σχέσης με τους Lloyds, ως εξουσιοδοτημένος αντιπρόσωπος τους στην ελληνική αγορά (Coverholder at Lloyd's), έχει το δικαίωμα της πλήρους διαχείρισης και εξυπηρέτησης του συμβολαίου σας (Binding Authority) και την δυνατότητα **να αντιτάσσει ένα πρωτοποριακό και επίκαιρο προϊόν, με άκρως ανταγωνιστικό τιμολόγιο, που δίνει στον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή τη δυνατότητα μιας σταθερής σχέσης με τα πλέον εξειδικευμένα στην Ασφάλιση Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης Συνδικάτα των Lloyd's.**


Το ανταγωνιστικό τιμολόγιο, η πληρότητα των καλύψεων και η αξιοπιστία των LLOYD'S αποτελούν χωρίς αμφιβολία την καλύτερη επιλογή και τον ισχυρότερο σύμμαχο απέναντι στους ολοένα αυξανόμενους επαγγελματικούς κινδύνους που αντιμετωπίζει καθημερινά ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής.

Επιπρόσθετα το συμβόλαιο Αστικής Ευθύνης Διαμεσολαβούντων έχει τη δυνατότητα επέκτασης Νομικής Προστασίας με ιδιαίτερα χαμηλό κόστος. Η επέκταση Νομικής Προστασίας θωρακίζει την ασφαλιστική κάλυψη και προφυλάσσει τον Ασφαλιζόμενο από τον οικονομικό κίνδυνο μιας πιθανής διεκδίκησης εις βάρος του.

Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι σύμφωνα με τα Ευρωπαϊκά και Διεθνή πρότυπα οι Ασφαλιστικοί Διαμεσολαβητές δεν επιτρέπεται να καλύπτουν την Επαγγελματική Αστική Ευθύνη που απορρέει από τη δραστηριότητά τους με τις ίδιες Ασφαλιστικές εταιρίες για τις οποίες διαμεσολαβούν στους πελάτες τους, αφού διαφορετικά και σε περίπτωση επέλευσης κινδύνου θα υπάρχει βέβαιη σύγκρουση συμφερόντων.

Σας εφιστούμε την προσοχή στο γεγονός ότι ο νόμος προβλέπει την υποχρεωτική ανανέωση του συμβολαίου Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης Διαμεσολαβητή και την **έγκαιρη κατάθεσή του στα κατά τόπους Επαγγελματικά Επιμελητήρια**. Είμαστε πάντα στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή συμπληρωματική πληροφορία θελήσετε.

Με εκτίμηση



Καραβίας Γιώργος

CEO of KARAVIAS UNDERWRITING AGENCY

(Πληροφοριακό Έντυπο υποχρεωτικό εκ του Ν. 4583/2018)

Η εταιρεία με την επωνυμία «ΚΑΡΑΒΙΑΣ Μεσίτες Ασφαλίσεων Μον ΑΕ» (Karavias Underwriting Agency - KUA), εφεξής «ΚUA» παρέχει υπηρεσίες Μεσίτη Ασφαλίσεων, οι οποίες συνίστανται στην άσκηση της δραστηριότητας διανομής ασφαλιστικών προϊόντων, όπου με γραπτή εντολή του πελάτη, διενεργεί αμερόληπτη ανάλυση και συστήνει το κατάλληλο ασφαλιστικό προϊόν, κατόπιν ανάλυσης επαρκούς αριθμού ασφαλιστικών συμβάσεων και προϊόντων που διατίθενται στην αγορά, χωρίς να δεσμεύεται ως προς την επιλογή της ασφαλιστικής επιχείρησης.

Η ΚUA είναι Coverholder at Lloyd's Insurance Company S.A., χειρίζεται δεσμευτικές συμβάσεις (Binders) σε συγκεκριμένα ασφαλιστικά προϊόντα και ενεργεί σύμφωνα με την εξουσιοδότηση που της έχει δοθεί, για την ανάληψη των κινδύνων, την έκδοση συμβολαίων και την διαχείριση των ζημιών.

ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΑΡΑΒΙΑΣ Μεσίτες Ασφαλίσεων Μον ΑΕ (Karavias Underwriting Agency - KUA)
ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΜΗ	130176403000
ΑΦΜ ΔΟΥ	800575909 ΦΑΕ ΑΘΗΝΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Ευριπίδου 12, 105 59 Αθήνα
ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ	345121
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ	174
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΝΙΑΙΟΥ ΣΗΜΕΙΟΥ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ (παρ. 10, άρθρο 19, Ν. 4583/2018) http://insuranceregistry.uhc.gr/Search	Μπορείτε να αναζητήσετε πληροφόρηση για την ΚUA εισάγοντας οποιοδήποτε εκ των τριών στοιχείων που ζητούνται από το σύστημα (είτε το ΑΦΜ, είτε τον αριθμό ΓΕΜΗ, είτε την επωνυμία), τα οποία παρατίθενται στο παρόν Έντυπο
Στοιχεία Επικοινωνίας	Τηλέφωνο: + 30 210 3640618/ Φαξ: + 30 210 3643503 E-mail: info@gkaravias.gr / Web: www.gkaravias.gr

Λοιπές Πληροφορίες

1. Η ΚUA δεν κατέχει οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση συμμετοχή σε ασφαλιστική επιχείρηση που να φθάνει ή να υπερβαίνει ποσοστό δέκα τοις εκατό (10%) των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου της
2. Καμία ασφαλιστική επιχείρηση ή μητρική ασφαλιστικής επιχείρησης δεν κατέχει οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση συμμετοχή που να φθάνει ή να υπερβαίνει ποσοστό δέκα τοις εκατό (10%) των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου της ΚUA
3. Η ΚUA παρέχει συμβουλή για τα προϊόντα ασφαλιστικών επιχειρήσεων τα οποία προωθεί προς διανομή στο πλαίσιο του Ν. 4583/2018
4. Η ΚUA φέρει εξουσιοδότηση από ορισμένες ασφαλιστικές επιχειρήσεις, προκειμένου να εισπράττει ασφάλιστρα από τον πελάτη για λογαριασμό τους. Η διαδικασία πληρωμής γίνεται με κατάθεση από τον πελάτη του ποσού των ασφαλίσεων σε τραπεζικό λογαριασμό της ΚUA ή μέσω χρήσης POS της ΚUA
5. Η ΚUA λαμβάνει προμήθεια από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις στις οποίες τοποθέτησε τον ασφαλιστικό κίνδυνο κατ' εντολή του πελάτη, είτε λαμβάνει (και) αμοιβή από τον πελάτη βάσει έγγραφης σύμβασης
6. Η ΚUA δραστηριοποιείται με τρόπο που την καθιστά νομικά και οικονομικά ανεξάρτητη από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις

Εξωδικαστική επίλυση τυχόν διαφορών

Σύμφωνα με το άρθρο 11 σε συνδυασμό με το άρθρο 28 παρ. 1, περ. δ του Ν. 4583/2018, προκειμένου για την εξωδικαστική επίλυση τυχόν διαφορών του με την ΚUA, ο πελάτης μπορεί να προσφύγει στον Συνήγορο του Καταναλωτή, ο οποίος έχει συσταθεί με τον ν. 3297/2004 (Α' 259), 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 και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (Β' 1421)

Ασφαλισμένοι, αντισυμβαλλόμενοι, δικαιούχοι, ενώσεις καταναλωτών και κάθε ενδιαφερόμενος μπορεί να υποβάλει έγγραφη καταγγελία κατά της ΚUA στη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (Δ.Ε.Ι.Α) της Τράπεζας της Ελλάδος για πράξεις ή παραλείψεις που συνιστούν παραβιάσεις της κείμενης νομοθεσίας σχετικά με την ασφαλιστική διαμεσολάβηση ή αντιβαίνουν στα χρηστά ή συναλλακτικά ήθη ή προσκρούουν στη δημόσια τάξη και ιδιαίτερα για πράξεις ή παραλείψεις που μπορούν να καταλογιστούν σε Μεσίτη Ασφαλίσεων. Η ΔΕΙΑ δύναται να παραπέμψει την διαφορά στον Συνήγορο του Καταναλωτή (ν. 3297/2004)

Πολιτική Διαχείρισης Αιτιάσεων - Παραπόνων της ΚUA

Για τη διαχείριση Παραπόνων-Αιτιάσεων η ΚUA εφαρμόζει Πολιτική Διαχείρισης Αιτιάσεων, την οποία μπορείτε να βρείτε αναρτημένη στο site της ως «αιτίαση» νοείται η έγγραφη δήλωση δυσαρέσκειας, που απευθύνεται σε ασφαλιστικό διαμεσολαβητή από πρόσωπο που γίνεται αποδέκτης των υπηρεσιών του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή. Στις αιτιάσεις δεν περιλαμβάνονται αναγγελίες απαιτήσεων ή αιτήσεις αποζημίωσης ούτε απλά αιτήματα που σχετίζονται με την εκτέλεση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου και την παροχή πληροφοριών ή διευκρινίσεων. Η ΚUA υποχρεούται να απαντάει εγγράφως και αιτιολογημένα στον αιτώμενο εντός προθεσμίας πενήντα (50) ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία υποβολής της αιτίας ως εξής: Μέσω e-mail: complaints@gkaravias.gr / Μέσω τηλεφώνου: + 30 210 3640618 (Δευτέρα έως Παρασκευή: 9 πμ έως 5μμ) Μέσω fax.: + 30 210 3643503/Ταχυδρομικώς, με συστημένη επιστολή, υπόψη: Υπευθύνου Διαχείρισης Παραπόνων ΚUA, Ευριπίδου 12, 105 59 Αθήνα.

Σας ενημερώνουμε ότι η ενεργοποίηση του μηχανισμού εξέτασης παραπόνων - αιτιάσεων δεν διακόπτει την παραγραφή των τυχόν έννομων αξιώσεων.

Σε περίπτωση που δεν επιτευχθεί μια αμοιβαίως αποδεκτή λύση μπορείτε να απευθυνθείτε εντός των προβλεπόμενων προθεσμιών, για την εξωδικαστική επίλυση της αιτίας σας σε μια από τις παρακάτω αρμόδιες Αρχές (ή και περισσότερες της μιας): στην Γενική Γραμματεία Καταναλωτή <https://www.efpolis.gr/> στον Συνήγορο του Καταναλωτή <https://www.synigoroskatalanoti.gr/> στη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης της Τράπεζας της Ελλάδος <https://www.bankofgreece.gr/>

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

(Η υπογραφή της δήλωσης αυτής είναι αναγκαία για την έκδοση και τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου συμβολαίου)

Ως Συμβαλλόμενος ή Ασφαλιζόμενος, δηλώνω ότι:

1. Διάβασα το τμήμα αίτησης ασφάλισης “Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα” που προηγήθηκε.
https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2024/04/Binder-GDPR_PROP_Bilingual_v2.pdf
2. Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα , που πραγματοποιεί η Karavias Underwriting Agency και για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ. πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης). Επίσης για το δικαίωμά μου να ανακαλέσω οποτεδήποτε στο μέλλον την συγκατάθεση που χορηγώ δις της παρούσης δήλωσης καθώς και για τα δικαιώματα μου που αναφέρονται στα άρθρα 12-22 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων»
3. Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στην παραπάνω εταιρία για τα ακόλουθα:

A) Για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που περιλαμβάνονται σε αυτή την αίτηση ασφάλισης, καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της εταιρίας στο μέλλον και έχουν σχέση με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που αιτούμαι, καθώς και με τη λειτουργία του.

B) Για την τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω δεδομένα σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή.

Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είναι απολύτως αναγκαία για τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου συμβολαίου που αιτούμαι και ότι τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον, θα δίνει στην εταιρία το δικαίωμα να καταγγείλει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που έχει εκδοθεί με βάση αυτή, με άμεση ισχύ.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ / ΠΡΩΘΗΤΙΚΟΥΣ / ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ

Ως Συμβαλλόμενος ή Ασφαλιζόμενος, δηλώνω ότι:

1. Διάβασα το τμήμα αίτησης ασφάλισης “Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα” που προηγήθηκε.
https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2022/07/Binder-GDPR_PROP_Bilingual.pdf
2. Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα , που πραγματοποιεί η Karavias Underwriting Agency και για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης). Επίσης για το δικαίωμά μου να ανακαλέσω οποτεδήποτε στο μέλλον την συγκατάθεση που χορηγώ δις της παρούσης δήλωσης καθώς και για τα δικαιώματα μου που αναφέρονται στα άρθρα 12-22 του “Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων”.
3. Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στην παραπάνω Εταιρία για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτηση αυτή για εμπορικούς, προωθητικούς και ερευνητικούς σκοπούς, καθώς και για την τήρηση σχετικού αρχείου.

ΣΥΝΑΙΝΩ	
ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ	

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

CONSENT DECLARATION FOR THE PROCESSING OF PERSONAL DATA/INFORMATION

(The signing of this declaration is necessary for the issuance and operation of the insurance policy)

As a Contractor/contracting party or Insured, I hereby declare that:

1. I read the insurance application section "Update for the Processing of Personal Data" that preceded.

https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2022/07/Binder-GDPR_PROP_Bilingual.pdf

2. I have been informed of the processing of the Personal Data provided by Karavias Underwriting Agency and of the rights I have and retain as a data subject (ie access, correction, deletion, purpose limitation, portability and objection). Also for/as per my right to withdraw at any time in the future the consent I grant through this statement as well as for my rights referred to in Articles 12-22 of the General Data Protection Regulation "

3. I provide my express consent (Article 7 of EU Regulation 2016/679) to the above company for/as per the following:
A) For the processing of the Personal Data included in this insurance application, as well as for anyone else who comes to the knowledge of the company in the future and are related to the insurance contract I am applying for, as well as to its operation.

B) For the keeping/retention of files with all the above data in electronic or other form.

I acknowledge that the processing of Personal Data is absolutely necessary for the operation of the insurance policy I am applying for and that any revocation in the future will give the company the right to terminate the insurance policy issued under it, with immediate effect.

Full Name _____

Signature _____

DECLARATION OF CONSENT FOR THE PROCESSING OF THE PERSONAL DATA FOR COMMERCIAL / PROMOTIONAL / RESEARCH PURPOSES.

As a Contractor/contracting party or Insured, I declare that:

1. I read the insurance application section "Update for the Processing of Personal Data" that preceded.

https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2022/07/Binder-GDPR_PROP_Bilingual.pdf

2. I have been informed of the processing of the Personal Data provided by Karavias Underwriting Agency and of the rights I have and do retain as a data subject (ie, access, correction, deletion, purpose limitation, portability and objection). Also for/as per my right to withdraw at any time in the future the consent I grant through this statement as well as for my rights referred to in Articles 12-22 of the "General Data Protection Regulation".

3. I provide my express consent (Article 7 of EU Regulation 2016/679) to the above Company for the processing of Personal Data included in this application for commercial, promotional and research purposes, as well as for the keeping of a relevant file.

I HEREBY CONSENT	
I HEREBY DO NOT CONSENT	

Full Name _____

Signature _____