

Allianz Ελλάς Α.Α.Ε.

# Πρόταση Προσωπικού Ατυχήματος / Ταξιδιωτικής Ασφάλισης My Travel



Η απάντηση σε όλες τις ερωτήσεις είναι απαραίτητη και αποτελεί προϋπόθεση για την έκδοση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου

<input type="checkbox"/> Ασφαλιστικός Πράκτορας	<input type="checkbox"/> Συνοριστής Ασφαλιστικών Πράκτορων	<input type="checkbox"/> Μεσότης Ασφαλίσεων	<input type="checkbox"/> Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής Διεπερευούσης Δραστηριότητας
Μονάδα Πώλησης/Κωδικός Επωνυμία			
ΑΦ.Μ.			
Α.Ε.Μ.			

## 1 Προσωπικά Στοιχεία

Συμβαλλόμενος  
(Εάν είναι διαφορετικός του Ασφαλισμένου)

Ασφαλισμένος

Επώνυμο				
Όνομα				
Όνομα Πατρός				
Ημερομηνία Γέννησης				
ΑΔΤ / Αρ. Διαβατηρίου				
Επωνυμία Επιχείρησης				
Επάγγελμα / Είδος Επιχείρησης				
Ηλικία / Έτη Λειτουργίας				
Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ.				
Διεύθυνση	Οδός	Αριθμός	Οδός	Αριθμός
Αλληλογραφίας				
	Πόλη	Τ.Κ.	Πόλη	Τ.Κ.
Στοιχεία επικοινωνίας	Σταθερό	Κινητό	Σταθερό	Κινητό
	E-mail		E-mail	

## 2 Διάρκεια Ασφάλισης

Ημερομηνία Έναρξης - από 12:00 μ.μ.  Ημερομηνία Λήξης - έως 12:00 μ.μ.

## 3 Δικαιούχος/οι αποζημίωσης σε περίπτωση θανάτου

Όνοματεπώνυμο	Σχέση με τον Ασφαλισμένο

#### 4 Ασφάλιση Ταξιδιού

Τόπος Προορισμού:   
Μέσο Μεταφοράς:

#### Προγράμματα:

Σχέδιο Α  Σχέδιο Β  Σχέδιο Γ   
Complete  Prestige

Cancellation (Ακύρωση αναχώρησης) \*  Ποσό €   
Annual  Business Annual  Business Annual Plus

(Στα Τιμολόγια Προσωπικού Ατυχήματος και Ταξιδιωτικής Ασφάλισης My Travel αναφέρονται αναλυτικά τα όρια κάλυψης).

\* 1) Το ποσό που ασφαρίζεται είναι το ποσό που έχει δηλωθεί ως κόστος ταξιδιού.

2) Η κάλυψη ακύρωσης αναχώρησης ισχύει μόνο όταν εκδοθεί μαζί με τα εισιτήρια ή την κράτηση του ταξιδιού ή εντός 48 ωρών από την έκδοση και εφόσον δεν έχει επέλθει αιτία ακύρωσης.

#### 5 Ασφάλιση Προσωπικού Ατυχήματος

5α. Ασφάλιση Ατομικού/ Ομαδικού Προσωπικού Ατυχήματος

Καλυπτόμενα ποσά

Θάνατος από ατύχημα / μόνιμη ανικανότητα  €  
Ιατροφαρμακευτικές δαπάνες  €  
Πρόσκαιρη ανικανότητα (το μήνα)  €  
Νοσοκομειακό επίδομα από ατύχημα ημερησίως  €  
Νοσοκομειακή περίθαλψη (το 80% των εξόδων)  
από ατύχημα μέχρι  €

Απαραίτητη προϋπόθεση για την έκδοση Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου είναι η υποβολή κατάστασης των Ασφαλισμένων με τα εξής στοιχεία:  
Όνοματεπώνυμο, Έτος γέννησης, Ειδικότητα επαγγέλματος

5β. Ασφάλιση Προσωπικού Ατυχήματος για Φοιτητές

Προαιρετική κάλυψη Γενικής Αστικής Ευθύνης

Πανεπιστήμιο Σπουδών / Φορέας Υποδοχής   
Πόλη   
Χώρα

#### 6 Πρόσθετες Πληροφορίες

Είστε αριστερόχειρας;  ναι  όχι   
Πάσχετε από αναπηρία, επιληψία, σωματική ή ψυχική βλάβη;  ναι  όχι

Παίρνετε τυχόν φάρμακα και για ποια αιτία;  ναι  όχι

Ασχολείστε με επικίνδυνα σπορ και ποια;  ναι  όχι

Οδηγείτε δίκυκλο, τρίκυκλο, γεωργικό μηχάνημα, βενζινάκατο;  ναι  όχι

Υποφέρετε από οποιαδήποτε φύσης ασθένεια;  
Αν ναι, ποιά πάθηση και ποιά η αγωγή που ακολουθείτε.  ναι  όχι

Νοσηλεύθήκατε στο παρελθόν για θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση;  
Αν ναι, πότε και για ποιά αιτία.

ναι  όχι

Υποφέρουν ή υπέφεραν οι γονείς ή τα αδέρφια σας, από διαβήτη, υπέρταση, καρδιακή πάθηση, νεοπλασματα ή κληρονομικά νοσήματα;  
Αν ναι, ποιά πάθηση και σε ποιά ηλικία εμφανίστηκε;

ναι  όχι

Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα ή υποστεί ατύχημα ή ασθένεια, που σας έχει αφήσει κάποια αναπηρία οποιασδήποτε μορφής;

ναι  όχι

## 7 Λοιπά Στοιχεία

### Προηγούμενες ζημιές

Υπήρξαν ατυχήματα την τελευταία πενταετία;  
Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες

ναι  όχι

Σας έχουν αρνηθεί στο παρελθόν πρότασή σας για την ασφάλιση των παραπάνω κινδύνων ή σας έχουν ακυρώσει σχετική ασφάλιση;  
Αν ναι, ποια ασφαλιστική Εταιρία και πότε;

ναι  όχι

### Άλλα ασφαλιστήρια

Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για τον ίδιο κίνδυνο;  
Αν ναι, αναφέρατε Εταιρίες, όρια κάλυψης και λήξης;

ναι  όχι

## 8 Τρόποι Πληρωμής Ασφαλίστρων

Εφάπαξ

Εξαμηνιαίως

### ΕΚΘΕΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

(συμπληρώνεται από το Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή)

† Συνιστάτε την αποδοχή της παρούσας πρότασης;

ναι  όχι

† Πληροφορήσατε τον προτείνοντα την ασφάλιση για το συνολικό κόστος;

ναι  όχι

† Αν ναι, ποιο είναι το ποσό;

€

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Έχοντας υπόψη μου τις συνέπειες του νόμου για τη μη σωστή περιγραφή του ασφαλιστικού κινδύνου (ν. 2496/97-άρθρ. 3, 5, 8) βεβαιώνω ότι οι απαντήσεις μου στην Πρόταση αυτή είναι απόλυτα ακριβείς και ανταποκρίνονται στην αλήθεια. Παρακαλώ, με βάση τα στοιχεία που δήλωσα και σύμφωνα με τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης που διάβασα και αποδέχομαι, να εκδώσετε ασφαλιστήριο για τις καλύψεις που ζήτησα. Γνωρίζω ότι σύμφωνα με το νόμο (Ν. 2496/97-άρθρο 6) σε συνδυασμό με το άρθρο 146 παρ. 1 του Ν. 4364/2016 για να ισχύσει η ασφάλιση που ζητώ, θα πρέπει να αποδεχθεί η Εταιρεία την Πρότασή μου και να έχω απαραίτητα εξοφλήσει το ασφαλιστικό εφάπαξ ή την πρώτη δόση αυτού, εφόσον κάτι τέτοιο έχει οριστεί. Η Πρόταση αυτή μαζί με όσες έγγραφες συμπληρωματικές πληροφορίες τυχόν ακολουθήσουν θα αποτελούν αποδοκτικά έγγραφα για την ασφάλιση που επιθυμώ να συνάψω με την Εταιρεία. Δηλώνω ότι παρέλαβα μαζί με την Πρόταση το Έντυπο Πληροφοριών που προβλέπεται από το άρθρο 150 παρ. 1 ή/και άρθρο 152 του Ν. 4364/2016 και έλαβα γνώση των όρων και εξαιρέσεων που ρυθμίζουν την ασφάλιση που προτείνω. Με τη συμπλήρωση της Πρότασης αυτής ο Λήπτης της Ασφάλισης (Συμβαλλόμενος) εκδηλώνει το ενδιαφέρον του για ασφάλιση και προτείνει τη σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης με βάση τα στοιχεία που δήλωσε προς την Εταιρεία. Η αποδοχή ή μη της Πρότασης για ασφάλιση ανήκει στην απόλυτη κρίση της Εταιρείας.

Υπογραφή Συμβαλλόμενου

Υπογραφή Ασφαλισμένου

Υπογραφή Εκπροσώπου και σφραγίδα με εταιρική επωνυμία αν πρόκειται για Εταιρεία

Υπογραφή, ονοματεπώνυμο Ασφαλιστικού  
Διαμεσολαβητή

Ημερομηνία

Υπογραφή, ονοματεπώνυμο Συμβεβλημένου  
Διαμεσολαβητή/Συντονιστή

Ημερομηνία

## ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ (ΑΡΘΡΟΥ 150 ΠΑΡ. 1 Ν. 4364/2016)

Σε σχέση με την υπό σύναψη Ασφαλιστική Σύμβαση με την Εταιρεία μας, σας παρέχονται οι πιο κάτω πληροφορίες:

- 1) Η πλήρης επωνυμία της συμβαλλόμενης Ασφαλιστικής Επιχείρησης έχει ως εξής: Allianz Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία.
- 2) Η Έδρα της Ασφαλιστικής Εταιρείας βρίσκεται στην Ελλάδα επί της Λ. Αθηνών 110, Κτίριο Γ - 104 42 Αθήνα.
- 3) Εφαρμοστέο Δίκαιο που θα διέπει την Ασφαλιστική θα είναι το Ελληνικό.
- 4) Μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα η Ασφαλιστική Εταιρεία θα απαντά με έγγραφο σε κάθε ερώτημα ή/και παρατήρησή της, εφόσον υποβληθούν αυτά εγγράφως προς την Έδρα της.

## Ενημέρωση για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων

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](mailto:customercontact@allianz.gr)

### Σκοπός Επεξεργασίας:

- Όποι αδήποτε επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων δι'εξάγεται 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 λήψης απόφασης και κατάρτισης προφίλ, για σκοπούς εκτίμησης κινδύνου.
- Εμπροχική επικοινωνία, πρωτοθδικές 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 νόμων υποχρεώσεων του Υπευθύνου Επεξεργασίας.
- Εταιρείες του Ομίλου Allianz, και σε περίπτωση μεταφοράς εκτός Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, βάσει νομίμως εγκριμένων 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 συμμόρφωση 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. Ειδικότερα για την επεξεργασία δεδομένων υγείας, η ανάκληση της συγκατάθεσής σας ενδεχομένως και κατά περίπτωση να συνεπάγεται την αδυναμία της Allianz να σας παρέχει τις καλύτερες και τις υπηρεσίες που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο σας, δεδομένου ότι πλέον δε θα νομιμοποιούμαστε να επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα που είναι αναγκαία για να σας παρέχουμε τις εν λόγω υπηρεσίες και καλύτερες. Η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν επηρεάζει τη νομιμότητα προηγούμενων πράξεων επεξεργασίας.

**Ενημέρωση για αυτοαποποίηση λήψης απόφασης και κατάρτισης προφίλ:** Χρησιμοποιούμε την αυτοαποποίηση στις εργασίες μας, στην ανάληψη κινδύνου για τα ασφαλιστικά αυτοκίνητα και τις ασφαλίσσεις 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.

### Συγκατάθεσεις για την Επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων

#### Σκοπός εμπορικής επικοινωνίας και πρωτοθδικών 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

#### Σκοπός Επεξεργασία ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Εμείς, η Allianz Ελλάς Α.Α.Ε., χρειαζόμαστε τη συγκατάθεσή σας για να συλλέξουμε και να επεξεργαστούμε τα δεδομένα της υγείας σας και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα για την ασφαλιστική σύμβαση που επιθυμείτε να συνάψετε μαζί μας. Εάν συμφωνείτε, τα δεδομένα σας θα υποβληθούν σε επεξεργασία για τους ακόλουθους λόγους και δραστηριότητες. Μπορείτε να υποδείξετε τη συγκατάθεσή σας με την συμπλήρωση του αντίστοιχου τετραγώνου. Σε αντίθετη περίπτωση, δυστυχώς δεν θα μπορούμε να σας παράσχουμε την ασφαλιστική σύμβαση που θέλετε να συνάψετε με την εταιρεία μας.

Κατανοώ, συμφωνώ και παρέχω την συγκατάθεσή μου με την συμπλήρωση του αντίστοιχου τετραγώνου:

- 1. Άδεια συλλογής, αποθήκευσης και χρήσης δεδομένων υγείας μου.** Μπορείτε να συλλέξετε, να αποθηκεύσετε και να επεξεργαστείτε τα δεδομένα υγείας μου και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, τα οποία περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο ή πρόκειται να συλλεχθούν από την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. μετά την υπογραφή του παρόντος, για την διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου, όπως ενδεικτικά για να μου παράσχετε μια προσφορά για ασφαλιστική κάλυψη, να ασφαλίσετε κινδύνους ή να διεκπεραιώσετε τυχόν αιτήματα αποζημίωσης.
- 2. Άδεια λήψης των δεδομένων μου από τρίτους.** Μπορείτε να λάβετε δεδομένα υγείας μου και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα από συνεργαζόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα όπως ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα, νοσηλευτικά ιδρύματα, φορείς κοινωνικής ασφάλισης, επαγγελματικές ενώσεις, φορείς παροχής ή/και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας και δημόσιες αρχές για τους σκοπούς που αναφέρονται κατωτέρω. Κατανοώ ότι η Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. έχει καθιερώσει συμβατικές ρυθμίσεις με τους ως άνω συνεργάτες για την προστασία των δεδομένων μου. Συμφωνώ να αποδεχτώ όλα τα προαναφερόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα και την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. από τις αντίστοιχες υποχρεώσεις εμπιστευτικότητας που σχετίζονται με τα δεδομένα υγείας μου και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, που απαιτούνται να διαμοιραστούν και να τυχόν επεξεργαστούν για τους σκοπούς που αναφέρονται παρακάτω:

- Για την παροχή προσφοράς ασφαλιστικής κάλυψης, για την ασφάλισή κινδύνου.
- Για την διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου, για παράδειγμα για την διεκπεραίωση αιτημάτων αποζημίωσης, στο βαθμό που αυτό κρίνεται απαραίτητο.

**3. Άδεια διαμοιρασμού των δεδομένων μου εκτός της Allianz Ελλάς Α.Α.Ε.** Μπορείτε να διαμοιράζετε τα δεδομένα υγείας μου και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, με συνεργαζόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα για να τα επεξεργαστούν στον ίδιο βαθμό και για τους ίδιους σκοπούς με την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. Κατανοώ ότι η Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. έχει καθιερώσει συμβατικές ρυθμίσεις με τους ως άνω συνεργάτες για την προστασία των δεδομένων μου. Συμφωνώ να αποδεχτώ όλα τα προαναφερόμενα φυσικά ή νομικά πρόσωπα και την Allianz Ελλάς Α.Α.Ε. από τις αντίστοιχες υποχρεώσεις εμπιστευτικότητας που σχετίζονται με τα δεδομένα υγείας μου και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, που απαιτούνται να διαμοιραστούν και να τυχόν επεξεργαστούν για τους σκοπούς που αναφέρονται παρακάτω:

- Διαμοιρασμός με παρόχους υπηρεσιών, εκτός της Allianz Ελλάς Α.Α.Ε., που εκτελούν ορισμένες υπηρεσίες για λογαριασμό της, όπως αξιολόγηση κινδύνου και διεκπεραίωση αξιώσεων που αφορούν τη συλλογή και τη χρήση των δεδομένων υγείας μου και άλλα ειδικών κατηγοριών δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα.
- Διαμοιρασμός με συνασφαλιστές-αντασφαλιστές, για την διαχείριση της κάλυψης του ασφαλιστικού κινδύνου, την έκδοση ασφαλιστηρίων συμβολαίων και την διεκπεραίωση απαιτήσεων.

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 αίτημα στο e-mail: [customercontact@allianz.gr](mailto:customercontact@allianz.gr).

**Ειδικότερα για την επεξεργασία δεδομένων υγείας, η ανάκληση της συγκατάθεσής σας ενδεχομένως και κατά περίπτωση να συνεπάγεται την αδυναμία της Allianz να σας παρέχει τις καλύτερες και τις υπηρεσίες που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο σας, δεδομένου ότι πλέον δε θα νομιμοποιούμαστε να επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα που είναι αναγκαία για να σας παρέχουμε τις εν λόγω υπηρεσίες και καλύτερες. Η ανάκληση της συγκατάθεσής σας δεν επηρεάζει τη νομιμότητα προηγούμενων πράξεων επεξεργασίας.**

Ενημερώθηκα και κατανοώ 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.

Allianz Ελλάδος  
Λ. Αθηνών 110, Κτίριο Γ΄ 104 42  
Αθήνα  
Κέντρο Επικοινωνίας: 210 69 99 902  
Fax: 210 69 97 574  
e-mail: [CustomerContact@allianz.gr](mailto:CustomerContact@allianz.gr)  
[www.allianz.gr](http://www.allianz.gr)