

ΑΡ.ΦΑΚ. ΖΗΜΙΑΣ:.....

ΕΞΟΦΛΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΠΟΖΗΜΕΙΩΣΗΣ

Ο κάτωθι υπογραφόμενος¹
του, επάγγελμα, κάτοικος
....., οδός κάτοχος Δ.Α.Τ.
....., με Α.Φ.Μ., Δ.Ο.Υ.
δηλώνω ότι έλαβα από την εταιρεία ² «.....»
.....»
για λογαριασμό του αλληλασφαλιστικού συνεταιρισμού (ασφαλιστική εταιρία) με
διακριτικό τίτλο³ «Π.Α.Σ.Ι.Α.Λ. & Ε.Α. ΣΥΝ. Π.Ε.», το ποσό των ΕΥΡΩ
.....
(.....) **σε μετρητά / με δίγραμμη επιταγή** υπ' αριθμό
εκδοθείσα από την Τράπεζα / **με έμβασμα σε προσωπικό τραπεζικό**
λογαριασμό με IBAN Τράπεζας.....
ως αποζημίωση για τις ζημιές που προκλήθηκαν στο υπ' αρ. κυκλ.
όχημα⁴ από σύγκρουση που έγινε στ ⁵, την⁶
..... με το υπ' αριθμό κυκλοφορίας όχημα⁷,
ιδιοκτησίας
οδηγούμενο από
Δηλώνω επίσης, ότι για το προαναφερόμενο ατύχημα **δεν φέρω ευθύνη / φέρω**
ευθύνη κατά ποσοστό 50%⁸.

Με την παρούσα δηλώνω ότι παραιτούμαι ρητώς και ανεπιφύλακτα οποιασδήποτε άλλης
απαίτησης σχετικής με το προαναφερόμενο ατύχημα, απαλλασσομένων συγχρόνως των δύο
προαναφερθεισών ασφαλιστικών εταιριών καθώς και του ασφαλισμένου, του ιδιοκτήτη και του
οδηγού του υπαίτιου οχήματος, από οποιαδήποτε άλλη ευθύνη για ζημιές (θετικές ή αποθετικές)
σχετιζόμενες με το ατύχημα και τις συνέπειές του.

Με την παρούσα εκχωρώ στην καταβάλλουσα ασφαλιστική εταιρία τα πάσης φύσεως
δικαιώματα που απορρέουν από το προαναφερόμενο ατύχημα και συγκατατίθεμαι στην
περαιτέρω διαβίβαση στην άλλη ασφαλιστική εταιρία της παρούσας καθώς και των
παραστατικών και λοιπών σχετικών εγγράφων που είναι αναγκαία για τον διακανονισμό της
παρούσας ζημίας.

¹ Σε περίπτωση Νομικού Προσώπου να αναφέρεται το εξουσιοδοτούν πρόσωπο

² Επωνυμία

³ Επωνυμία Ασφαλιστικής Υπαίτιου Οδηγού

⁴ Όχημα Αποζημιούμενο

⁵ Τόπος ατυχήματος

⁶ Ημερομηνία ατυχήματος

⁷ Όχημα Υπαίτιου Οδηγού

⁸ Διαγράφεται αναλόγως

Τέλος, δηλώνω πως:

Έχω ενημερωθεί ότι στο πλαίσιο εκτέλεσης της υπηρεσίας ασφάλισης και πληρωμής της αποζημίωσης, ο Συνεταιρισμός συλλέγει, διαχειρίζεται και επεξεργάζεται Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα συμπεριλαμβανομένων και τυχόν Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα (ΕΚΔΠΧ), που αφορούν ενδεικτικά την υγεία, τη φυλετική ή εθνοτική καταγωγή κ.λπ., των οποίων η συλλογή και επεξεργασία από τον Συνεταιρισμό είναι αναγκαία για την εκ μέρους αυτού παροχή προς τον πελάτη - ασφαλιζόμενο – αποζημιούμενο, ασφαλιστικές υπηρεσίες και για την ολοκλήρωση της διαδικασίας αποζημίωσης και την εν γένει εκπλήρωση των υποχρεώσεών του βάσει των όρων της ασφαλιστικής Σύμβασης ή βάσει των διατάξεων του εφαρμοστέου δικαίου, ή για τους νόμιμους επιχειρηματικούς του σκοπούς σύμφωνα με την Πολιτική Απορρήτου και Προσωπικών Δεδομένων του, της οποίας έχω λάβει γνώση και συμφωνώ⁹.

Δίνω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων συμπεριλαμβανομένων και Ειδικής Κατηγορίας Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την εκπλήρωση του σκοπού για τον οποίο έχουν συλλεγεί κατά τα ανωτέρω και τα αναλυτικότερα περιγραφόμενα στην Πολιτική Απορρήτου του Συνεταιρισμού.

Δίνω τη ρητή συγκατάθεσή μου για τη διαβίβαση των ανωτέρω προσωπικών δεδομένων στον Αντασφαλιστή για τους ανωτέρω σκοπούς επεξεργασίας [εκπλήρωση των υποχρεώσεων βάσει των όρων της ασφαλιστικής Σύμβασης, ή βάσει νομοθετικών/κανονιστικών διατάξεων ή για τους νόμιμους επιχειρηματικούς του σκοπούς, συμπεριλαμβανομένης της διενέργειας εσωτερικού ελέγχου)] σύμφωνα με την Πολιτική Απορρήτου και Προσωπικών Δεδομένων του τελευταίου¹⁰.

Έχω ενημερωθεί σχετικά με τα δικαιώματά μου για πρόσβαση, διόρθωση ή διαγραφή ή περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων μου, εναντίωση, φορητότητα, ανάκληση της συγκατάθεσης στην επεξεργασία (όπου έχει δοθεί), τα οποία μπορώ να ασκήσω, σύμφωνα με την Πολιτική Απορρήτου και Προσωπικών Δεδομένων του Συνεταιρισμού και του Αντασφαλιστή, επικοινωνώντας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (DPO) αυτών, ήτοι στο e-mail: για τον Συνεταιρισμό και στο e-mail: log-asti@otenet.gr για τον Αντασφαλιστή.

Τόπος

Ημερομηνία

Ο/Η δηλών / δηλούσα

⁹ Διαθέσιμη στα γραφεία της έδρας του Συνεταιρισμού.

¹⁰ Διαθέσιμη στον σύνδεσμο: <http://pasial.gr/>