



(Για Εσωτερική Χρήση Μόνο)						
Αρ. Λογαριασμού	Αρ. Ασφαλισμένου	U/W	Εγγυήσεις	Οπισθογραφήσεις	Άλλες Οδηγίες	Αριθμός Συμβολαίου

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΠΡΟΤΑΣΗ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΤΕ «✓» ΣΤΑ ΤΕΤΡΑΓΩΝΑ ΟΠΟΥ ΙΣΧΥΟΥΝ.

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Πλήρες Όνομα Προτείνοντα			
Ταχυδρομική Διεύθυνση			
Περιοχή / Χωριό			Ταχυδρομική Θυρίδα
Ταχυδρομικός Κώδικας	Πόλη		Ταχ. Κώδικας Θυρίδας
(Ηλεκτρονική Διεύθυνση) Email			Κινητό Τηλέφωνο
Τηλέφωνο Εργασίας	Φαξ Εργασίας		Τηλέφωνο Οικίας
Αριθμός Μητρώου Εργοδότη (Α.Μ.Ε.)			Χρόνος Έναρξης Εργασιών

Είδος Διεξαγόμενης Εργασίας			Αρ. Ταυτότητας/ Αρ. Εγγραφής Εταιρείας
-----------------------------	--	--	--

Πλήρης Περιγραφή Των Διεξαγομένων Εργασιών:			
---	--	--	--

Διεύθυνση Διεξαγωγής

Εργασιών 1:		(Α.Μ.Ε.)	Ταχυδρομικός Κώδικας
Εργασιών 2:		(Α.Μ.Ε.)	Ταχυδρομικός Κώδικας

Εργοδοτείτε ή προτίθεστε να εργοδοτήσετε άτομα

- α) για εργασία εκτός Κύπρου; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
- β) που θα ταξιδεύουν συχνά για επαγγελματικούς σκοπούς (εξαιρουμένης της χειρονακτικής εργασίας); ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
- γ) που θα ταξιδεύουν εκτός Κύπρου και που θα ασχολούνται με χειρονακτικές εργασίες; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

επαγγέλματος και περίοδο εργασίας

B. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Από πμ/μμ/...../..... μέχρι τα μεσάνυχτα/...../.....

Έχετε άλλα Ασφαλιστήρια με την Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance;

Εάν "ΝΑΙ", παρακαλώ όπως μας δώσετε τον αριθμό των Ασφαλιστηρίων.

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Γ. ΟΡΙΑ ΕΥΘΥΝΗΣ

Τα Όρια στη στήλη Α πιο κάτω είναι τα Ελάχιστα που προνοεί η σχετική Νομοθεσία. Τα Όρια στη στήλη Β πιο κάτω είναι τα Όρια τα οποία προσφέρει η Εταιρεία. Εάν επιθυμείτε πιο ψηλά Όρια τότε παρακαλώ σημειώστε αυτά στη στήλη Γ αλλιώς θα ερμηνεύεται ότι επιθυμείτε να καλυφθείτε για τα όρια που προνοούνται στη στήλη Β πιο κάτω. Αξίζει να σημειωθεί ότι οποιαδήποτε αύξηση των ορίων, όπως περιγράφονται στη στήλη Γ, εάν αυτά είναι λογικά και γίνουν αποδεκτά από την Εταιρεία, θα έχουν ως αποτέλεσμα επιπρόσθετα Ασφάλιστρα και/ή Όρους

		Στήλη Α Ελάχιστα Όρια Κάλυψης βάση της Νομοθεσίας	Στήλη Β Όρια Κάλυψης βάση της Εταιρείας Eurosurance	Στήλη Γ Ζητούμενα Όρια
α)	Όριο Ευθύνης για κάθε Εργοδοτούμενο	€ 160.000	€ 160.000	€
β)	Όριο Ευθύνης για κάθε Περιστατικό ή σειρά Περιστατικών που προέρχονται από την ίδια γενεσιουργό ή αρχική αιτία	€ 3.415.000	€ 3.500.000	€
γ)	Συνολικό Όριο Ευθύνης για οποιαδήποτε Περίοδο Ασφάλισης	€ 5.125.000	€ 5.200.000	€

Δ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΥΣ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥΣ

1. Να δοθούν λεπτομέρειες σε σχέση με **ΟΛΟΥΣ** τους εργοδοτούμενους μαζί με τις υπολογιζόμενες Ετήσιες «Ακαθάριστες Απολαβές» τους.

Ο όρος «Ακαθάριστες Απολαβές» σημαίνει το σύνολο των ημερομισθίων, μισθών, πληρωμών για υπερωριακή εργασία, προμηθειών, ωφελημάτων, χρεώσεων για παροχή υπηρεσιών, φιλοδωρημάτων και άλλων πληρωμών, χωρίς οποιαδήποτε αποκοπή σε σχέση με Κοινωνικές Ασφαλίσεις, Φόρο Εισοδήματος, Ταμείο Προνοίας ή Υγείας ή άλλα ποσά που αποκόπτονται κατόπιν συμφωνίας με τους εργοδοτούμενους ή άλλως πως.

Κατηγορία Απασχόλησης και περιγραφή καθηκόντων των Εργοδοτούμενων	Υπολογιζόμενος Αριθμός Εργοδοτούμενων	Υπολογιζόμενες Ετήσιες «Ακαθάριστες Απολαβές»
α. - Διευθυντικό και Γραφειακό Προσωπικό, π.χ. Γραφείς, Λογιστές, Γραμματείς, κτλ. - Άλλα Επαγγέλματα που δεν ασχολούνται με χειρωνακτικές Εργασίες. Δηλώστε Λεπτομερώς το σχετικό επάγγελμα:		
β. Χειρωνακτικές Εργασίες (και οι Εργοδηγοί) Δηλώστε Λεπτομερώς το σχετικό επάγγελμα:		
γ. Άλλη κατηγορία– παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες		

2. Να δοθούν οι ακόλουθες λεπτομέρειες (στο βαθμό που γνωρίζετε ή που θα έπρεπε να γνωρίζετε):

- i) Έχει οποιοσδήποτε από τους εργοδοτούμενους

α) μειωμένη ακοή ή όραση;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

β) περιορισμένη χρήση άκρων και σπονδυλικής στήλης και παρεμφερή προβλήματα, κήλη κλπ;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

γ) επιληψία, καρδιακό πρόβλημα ή άλλη σωματική ή διανοητική ασθένεια ή αναπηρία;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

- ii) Έχει οποιοσδήποτε από τους εργοδοτούμενους ποτέ υποστεί Ατύχημα (εργατικό ή μη) ή Επαγγελματική Ασθένεια τα τελευταία 5 χρόνια;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

Ε. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ

1. α) Έχετε συμμορφωθεί με όλες τις υποχρεώσεις σας που απορρέουν από τους Νόμους και Κανονισμούς που διέπουν τη λειτουργία ή τη συντήρηση των υποστατικών σας και των μηχανημάτων σας και γενικά την ασφάλεια και υγεία των Εργοδοτούμενων σας;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΟΧΙ», δώστε λεπτομέρειες

- β) i) Υπάρχουν κανονισμοί σχετικά με τον τρόπο της διεξαγωγής της εργασίας και των καθηκόντων κάθε εργοδοτούμενου και υπάρχουν ειδικά μέτρα ασφαλείας εις τους τόπους εργασίας, και ειδικότερα για τη χρήση Εργαλείων και Μηχανημάτων;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ii) Τέτοιοι κανονισμοί και μέτρα ασφαλείας τίθενται πάντοτε σε εφαρμογή;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

- γ) Είναι όλοι οι Εργοδοτούμενοι εκπαιδευμένοι, καταρτισμένοι και ειδικευμένοι για το είδος και την φύση της εργασίας και τα καθήκοντα που διεξάγουν;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΟΧΙ» προσφέρεται σ'αυτούς η κατάλληλη εκπαίδευση;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

2. Έχετε καθόλου κυκλικά πριόνια (circular saws) ή άλλα μηχανήματα τα οποία κινούνται με ατμό, γκάζι, νερό, ηλεκτρισμό, ή άλλη μηχανική δύναμη;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

Είναι όλα αυτά τα μηχανήματα εφοδιασμένα με κατάλληλα συστήματα ασφαλείας και προστασίας για αποφυγή οποιασδήποτε σωματικής βλάβης και πληρούν τα ελάχιστα κριτήρια που απαιτεί η νομοθεσία ;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΟΧΙ», δώστε λεπτομέρειες

3. Είναι οι χώροι προσπέλασης, οι έξοδοι, οι χώροι εργασίας, τα μηχανήματα και οι εγκαταστάσεις σας κατάλληλα περιφραγμένα και προστατευμένα και γενικά σε καλή κατάσταση και λειτουργία;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

4. Είναι οι κτιριακές εγκαταστάσεις σας ικανοποιητικά συντηρημένες;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

5. α) Έχετε οποιοσδήποτε λέβητες, ατμολέβητες, άλλα δοχεία που βρίσκονται υπό πίεση, ανελκυστήρες, ανυψωτήρες και γερανούς;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

β) Εάν ΝΑΙ, επιθεωρούνται τακτικά και από ποιόν;

6. Χειρίζεστε ή χρησιμοποιείτε ραδιοϊσότοπα, ραδιενεργές ουσίες ή άλλες πηγές ιονίζουσας ακτινοβολίας;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

Ε. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ – (Συνέχεια)

7. Χρησιμοποιείτε, ή έχετε αποθηκευμένα στους χώρους εργασίας σας, οποιαδήποτε οξέα, αέρια, NAI ☐ OXI ☐
μπογιές, γόμες, πετρέλαιο, λάδια κτλ., χημικές ή εκρηκτικές ύλες ή άλλες επικίνδυνες ουσίες;

Εάν «ΝΑΙ» δώστε λεπτομέρειες συμπεριλαμβανομένων περιγραφών και ποσοτήτων τέτοιων ουσιών

8. Χειρίζεστε ή χρησιμοποιείτε οποιαδήποτε φορκ-λιφτ (Forklift) NAI ☐ OXI ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

Χρησιμοποιούν - Μπαταρία ☐ - πετρέλαιο ☐

Εάν χρησιμοποιούν μπαταρία, φορτίζονται σε ξεχωριστό και εξειδικευμένο χώρο NAI ☐ OXI ☐

9. α) Κατασκευάζετε, χειρίζεστε ή χρησιμοποιείτε αμίαντο ή διοξείδιο του πυριτίου ή οποιαδήποτε ουσία που περιέχει αμίαντο ή διοξείδιο του πυριτίου; NAI ☐ OXI ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

- β) Διαθέτετε χυτήριο μετάλλων; NAI ☐ OXI ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

10. Έχετε κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών κατηγορηθεί ή καταδικαστεί, ή σας έχει γίνει οποιαδήποτε παρατήρηση ή υπόδειξη σε σχέση με οποιαδήποτε παράβαση οποιουδήποτε νόμου ή κανονισμού όσον αφορά την ασφάλεια των Εργοδοτούμενων σας; NAI ☐ OXI ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

ΣΤ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ**I) ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ**

1. α) Διατηρείτε τώρα σε ισχύ ασφαλιστική κάλυψη Ευθύνης Εργοδότη ή είχατε ποτέ στο παρελθόν τέτοια ασφάλεια
Εάν «ΝΑΙ», δώστε την Περίοδο κάλυψης και αναφέρετε το όνομα της Ασφαλιστικής Εταιρείας

Ασφαλιστικής Εταιρείας	Από	Μέχρι

- β) Έχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία ή οποιοσδήποτε Ασφαλιστής σε σχέση με την ασφάλιση των Εργοδοτούμενων σας για λογαριασμό σας ποτέ

- i) Απορρίπτει οποιαδήποτε πρόταση για ασφάλεια; NAI ☐ OXI ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

- ii) Απαιτήσει αυξημένο ασφάλιστρο ή επιβάλει ειδικούς όρους; NAI ☐ OXI ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

- iii) Ακυρώσει ή αρνηθεί να ανανεώσει οποιοδήποτε Ασφαλιστήριο; NAI ☐ OXI ☐

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες

II) ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ

Δηλώστε τον αριθμό των Ατυχημάτων και των Επαγγελματικών Ασθενειών που έχουν υποστεί εργοδοτούμενοι σας κατά τη διάρκεια των πέντε τελευταίων ετών

Έτος	Ποσό που καταβλήθηκε υπό μορφή «Ακαθάριστων Απολαβών» €	Αριθμός Ατυχημάτων και Επαγγελματικών Ασθενειών (είτε διαλαμβάνουν Απαιτήσεις είτε όχι)	ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ			
			ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΔΙΕΥΘΕΤΗΘΕΙ		ΠΟΥ ΕΚΚΡΕΜΟΥΝ	
			Αριθμός Απαιτήσεων	Ποσό που Καταβλήθηκε €	Αριθμός Απαιτήσεων	Υπολογιζόμενο Κόστος €
20						
20						
20						
20						
20						

ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Επιθυμώ όπως το ετήσιο ασφάλιστρο μου εξοφλείται ως ακολούθως (επιλέξετε με ✓ ή Χ όποια επιλογή ισχύει)

☐

Εξόφληση σε ΜΙΑ (1) Δόση

☐

Εξόφληση σε:

☐

ΔΥΟ (2)

☐

ΤΡΕΙΣ (3)

☐

ΤΕΣΣΕΡΙΣ (4)

συνεχόμενες μηνιαίες Δόσεις (εφάπαξ επιβάρυνση €1,00 για κάθε Δόση)

Σημείωση: Σε όλες τις περιπτώσεις, η 1^η Δόση είναι πληρωτέα πριν ή κατά την ημερομηνία έναρξης της Περιόδου Ασφάλισης

☐

Τραπεζική Εντολή Άμεσης Χρέωσης

Επιθυμώ όπως η εξόφληση των δόσεων του συμβολαίου μου γίνει μέσω Τραπεζικής Εντολής Άμεσης Χρέωσης (Direct Debit), και σχετικά επισυνάπτω υπογραμμένη τη σχετική Εντολή

Σημείωση: Σε ασφαλιστήρια μειωμένης χρονικής διάρκειας, δεν μπορούν να προσφερθούν διευκολύνσεις πληρωμής

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της Πρότασης που μαζί αποτελούν την Βάση του Ασφαλιστηρίου που μπορεί να εκδοθεί .
(Όλες οι αναφορές στον ενικό, επίσης, σημαίνουν τον πληθυντικό, εκτός εάν το κείμενο απαιτεί διαφορετικά)

Δηλώνω ότι οι απαντήσεις και πληροφορίες που δόθηκαν σε αυτή την Πρόταση Ασφάλισης είναι ορθές και ότι δεν έχω αποκρύψει ουσιώδεις πληροφορίες σχετικά με αυτή την Πρόταση. Συμφωνώ όπως η παρούσα Δήλωση καθώς και οι απαντήσεις και πληροφορίες που δόθηκαν πιο πάνω, καθώς και οποιαδήποτε άλλη πληροφορία ή δήλωση ή αναφορά που έγινε από εμένα ή από οποιονδήποτε που ενεργεί εκ μέρους μου θα αποτελούν τη βάση του Ασφαλιστηρίου που μπορεί να εκδοθεί εκ μέρους μου από την Eurosurance Insurance Company Ltd (πιο κάτω ως η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance ή η Εταιρεία) και συμφωνώ περαιτέρω ότι θα δεχθώ αποζημίωση τηρουμένων των όρων και Προϋποθέσεων που θα περιέχονται μέσα στο και/ή που οπισθογραφούνται στο Ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί.

Δηλώνω ότι οποιοσδήποτε Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής ή άλλος Εκπρόσωπος ή Υπάλληλος της Ασφαλιστικής Εταιρείας Eurosurance ο οποίος με βοήθησε στην συμπλήρωση της Πρότασης Ασφάλισης και/ή συμπλήρωσε την Πρόταση Ασφάλισης ή οποιονδήποτε άλλο Έντυπο εκ μέρους μου και/ή με βοήθησε για την παροχή οποιωνδήποτε πληροφοριών στην Εταιρεία με σκοπό την παροχή προσφοράς και/ή ασφαλιστικής κάλυψης σε μένα, ενεργεί εκ μέρους μου.

Δηλώνω ότι οι καλύψεις που θα προσφέρονται καθώς και οι υποχρεώσεις και ευθύνες μου κάτω από το σχετικό Ασφαλιστήριο έχουν εξηγηθεί πλήρως σε μένα από τον πιο κάτω κατονομαζόμενο Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή ή από Εκπρόσωπο ή Υπάλληλο της Ασφαλιστικής Εταιρείας Eurosurance και ικανοποιούν πλήρως τις ασφαλιστικές μου ανάγκες σχετικά με το αντικείμενο της ασφάλισης.

Δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι πως η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance δεν είναι υποχρεωμένη να αποδεχτεί και να παρέχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Κάλυψη με βάση την παρούσα Πρόταση και οποιαδήποτε Ασφαλιστική Κάλυψη θα είναι σε ισχύ μόνο μετά από την γραπτή αποδοχή και επιβεβαίωση από την Εταιρεία.

Αναγνωρίζω ότι με βάση τις πρόνοιες του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ) (ΕΕ) 2016/679 ή οποιονδήποτε άλλο Νόμο ή άλλο κανονισμό που τον τροποποιεί ή τον αντικαθιστά, η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance, σαν υπεύθυνος επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του ΓΚΠΔ, μπορεί να συλλέγει και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα για τον αποκλειστικό σκοπό της παροχής των υπηρεσιών που ζητώ από την Εταιρεία. Η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance μπορεί να μεταβιβάσει/επεξεργαστεί τα προσωπικά μου δεδομένα σε τρίτους στο βαθμό που αυτό απαιτείται για την εκτέλεση σύμβασης, λόγω νομικών υποχρεώσεων και έννομου συμφέροντος.

Δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι πως τα πιο πάνω αναφερόμενα προσωπικά, εμπιστευτικά ή ευαίσθητα στοιχεία που έχουν δοθεί ή θα δοθούν στο μέλλον στην Εταιρεία από εμένα/εμάς ή έχουν εξασφαλιστεί από τρίτους ή έχουν εξαχθεί από άλλες ασφάλειες, άλλες Εταιρείες ή άλλες πληροφορίες με σκοπό την παροχή υπηρεσιών σε εμένα/εμάς μπορεί να δοθούν σε Τρίτους, άλλους ασφαλιστές, ασφαλιστικούς και ανασφαλιστικούς διαμεσολαβητές όπως εκτιμητές, νομικοί σύμβουλοι, γιατροί, ασφαλιστικοί σύμβουλοι, ελεγκτές, ανασφαλιστές με σκοπό την παροχή σ' εμένα της υπηρεσίας και την εκπλήρωση των απορροδόντων καθηκόντων.

Συγκατάθεση - Ευαίσθητα Προσωπικά Δεδομένα

Σύμφωνα με τις υποδείξεις των άρθρων 5,6,7 και 9 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων, δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι ότι η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance επιβάλλεται να συλλέγει, ν' αξιολογεί και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα, τα οποία αφορούν θέματα υγείας, ώστε να προχωρήσει στην εκπόνηση του κατάλληλου προγράμματος ασφάλισης. Η αξιολόγηση των προσωπικών δεδομένων μου τέτοιου χαρακτήρα θα επιτρέψει στην Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosurance τόσο την αποδοχή ή όχι της αίτησης ασφάλισης όσο και τον υπολογισμό του ασφάλιστρου, που αναλογεί στον αναλαμβανόμενο κίνδυνο.

Δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι ότι, για την ομαλή λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης τόσο κατά το στάδιο της εκτίμησης του κινδύνου αλλά και κυρίως κατά την επέλευση του ασφαλιστικού γεγονότος, η συγκατάθεσή μου καλύπτει τόσο τη λήψη όσο και τη διαβίβαση ευαίσθητων δεδομένων από και προς τρίτους (όπως Ασφαλιστικά Ταμεία, Νοσοκομεία, Διαγνωστικά Κέντρα, κ.λπ.).

Τα προσωπικά δεδομένα μου θα αρχειοθετούνται για το ελάχιστο χρονικό διάστημα, που απαιτείται σύμφωνα με τις συμβατικές ή νομικές υποχρεώσεις της εταιρείας.

Αντιλαμβάνομαι πως στην περίπτωση κατά την οποία δεν επιθυμώ να συγκατατεθώ στην επεξεργασία των ειδικών προσωπικών δεδομένων μου, που αφορούν θέματα υγείας, η ασφαλιστική εταιρεία μπορεί να απορρίψει την αίτηση για ασφάλιση. Έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή επικοινωνώντας γραπτώς με τον υπεύθυνο προστασίας δεδομένων της Εταιρείας στην ταχυδρομική διεύθυνση της Εταιρείας ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@eurosurance.com

Δήλωση Συγκατάθεσης

☐ Συγκατατίθεμαι όπως η Eurosurance Insurance Company Ltd επεξεργαστεί τα ειδικού τύπου προσωπικά δεδομένα μου με σκοπό την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών

Υπογραφή Προτείνοντα		Ημερομηνία	
Υπογραφή Προτείνοντα		Ημερομηνία	
Όνομα Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή		Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή	

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ

Σύμφωνα με τις διατάξεις της Νομοθεσίας η ασφάλιση τίθεται σε ισχύ με την παράδοση του Πιστοποιητικού Ασφάλισης (ή Προσωρινού Ασφαλιστηρίου) που θα πρέπει να εκθέτετε στον κάθε τόπο διεξαγωγής της εργασίας σας.

Σε Περίπτωση που διεξάγετε εργασίες και σε άλλους τόπους, θα πρέπει να εκθέτετε πιστοποιημένο αντίγραφο του Πιστοποιητικού Ασφάλισης στον κάθε τόπο διεξαγωγής της εργασίας σας.

Οι Κανονισμοί προβλέπουν για επιπρόσθετη χρέωση για κάθε έγκυρο και πιστό αντίγραφο του Πιστοποιητικού Ασφάλισης.

ΕΑΝ ΓΙΑ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΛΟΓΟ ΑΚΥΡΩΘΕΙ Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΟΠΩΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΣΑΡΑΝΤΑ ΟΚΤΩ ΩΡΕΣ ΕΠΙΣΤΡΕΨΕΤΕ ΤΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΟΛΑ ΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ.

ΒΑΣΕΙ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΕΑΝ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ/Η ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΥΤΟΥ ΕΧΕΙ ΚΑΤΑΣΤΡΑΦΕΙ ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΝΑ ΠΡΟΒΕΙΤΕ ΣΕ ΕΝΟΡΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΓΕΓΟΝΟΤΟΣ ΑΥΤΟΥ.

ΕΚΔΟΣΗ ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΩΝ ΑΝΤΙΓΡΑΦΩΝ ΤΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Παρακαλώ όπως, με την αποδοχή της Πρότασης Ασφάλισης, εκδοθούν και παραδοθούν σ' εμένα/εμάς _____ αντίγραφα του Πιστοποιητικού και αποδέχομαι όπως χρεωθώ ανάλογα.

Υπογραφή Προτείνοντα		Ημερομηνία	
Το Έντυπο αυτό δεν δεσμεύει την Εταιρεία να εκδόσει οποιοδήποτε Ασφαλιστήριο ή Κάλυψη			