



(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 ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΤΕ «✓» ΣΤΑ ΤΕΤΡΑΓΩΝΑ ΟΠΟΥ ΙΣΧΥΟΥΝ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ

Πλήρες Όνομα Προτείνοντα/Ιδιοκτήτ						
Ταχυδρομική Διεύθυνση				Αρ. Διαμ.	Αρ. Ορόφου	
Ταχυδρομικός Κώδικας	Πόλη		Ταχυδρομική Θυρίδα			
Περιοχή/Χωριό	Ταχ. Κώδικας Θυρίδας					
Επάγγελμα/Είδος Εργασίας	Κινητό Τηλέφωνο					
Ημερομηνία Γεννήσεως	Εθνικότητα		Τηλέφωνο Οικίας			
Αρ. Ταυτότητας	Τηλέφωνο Εργασίας					
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο (email)	Τηλεμοιότυπο (Φαξ) Εργασίας					

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Από πμ/μμ / / μέχρι τα μεσάνυχτα / /

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΤΟΙΚΙΔΙΟ (ΣΚΥΛΟΙ ΜΟΝΟ)

Δώστε πλήρεις λεπτομέρειες για τα κατοικίδια που θα ασφαλίσετε

ΌΝΟΜΑ ΣΚΥΛΟΥ	ΦΥΛΟ	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΧΡΩΜΑ/ ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΦΥΛΗ/ΔΙΑΣΤΑΥΡΩΣΗ ΚΑΘΑΡΟΑΙΜΟ ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΑΡ. ΣΗΜΑΝΣΗΣ (MICROCHIP)

Το ασφαλιστήριο ισχύει αποκλειστικά για σκύλους, με εξαίρεση τις παρακάτω ράτσες:

African Crested Dog, Aladseer, Alapaha Blue Blood Bulldog, American Akita, American Bandogge, American Bulldog, American Bully, American Indian Dog, American Mancon, American Pit Bull Terrier, American Pocket Bully, American Rottweiler, American Staffordshire Bull Terrier, Anatolian Shepherd Dog (karabash), Argentinian Mastiff, Australian Dingo, Bandogge Mastiff, Bandogs, Boar Hounds, Boerboel, Bully Kutta, Canadian Inuit, Canary Dog, Cane Corso, Cao Fila, Caucasian Ovcharka, Chinese Shar Pei, Cirneco Dell Etna, Czechoslovakian Wolfdog, Dingo, Dogo Argentino, Dogue Brasileiro, Dogue de Bordeaux, English Bulldog, Fila Brasileiro, Grand Bleu de Gascoigne, Gull Dong, Husky Wolf Hybrid, Inuit, Irish Staffordshire Bull Terrier, Japanese Tosa, Korean Jindo, Laika, Lybian Desert Dog, Mexican Hairless, Northern Inuit Dog, Perro De Presa Canario, Pit Bull Terrier, Portuguese Podengo, Presa Canario, Racing Greyhound, Saarloos Wolfhound, Segugios Italiano, Shar Pei, Tamaskan, Tosa Inu, Utonagan, Wolf Dog, Wolf Hybrid, Working Sheepdog, or a pet crossed with any of these

Υπήρξε οποιοσδήποτε τραυματισμός, ασθένεια ή επέμβαση στο κατοικίδιο σας τους τελευταίους 12 μήνες;

ΝΑΙ ή ΟΧΙ

Έχει εμφανίσει το κατοικίδιο στο παρελθόν οποιαδήποτε επιθετική ή/και προβληματική συμπεριφορά;

ΝΑΙ ή ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, δώστε πλήρεις λεπτομέρειες

Δηλώστε τη κτηνιατρική τους κατάσταση κατά την ημερομηνία της αίτησης προς ασφάλισης

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Έχει οποιαδήποτε ασφαλιστική Εταιρεία, σε σχέση με τους κινδύνους στους οποίους αναφέρεται η πρόταση αυτή, αρνηθεί να σας ασφαλίσει, ακυρώσει ή αρνηθεί να ανανεώσει την ασφάλεια σας ή επιβάλει ειδικούς όρους;

ΝΑΙ ή ΟΧΙ

Σημειώστε ότι η ερώτηση αυτή αφορά οποιαδήποτε κατοικίδια ζώα είχατε στο παρελθόν ή θέλετε να ασφαλίσετε με την Πρόταση αυτή

Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες

Έχει το κατοικίδιο σας εκπαιδευτεί για φύλακας ή για επιθέσεις

ΝΑΙ ή ΟΧΙ

Υπήρξε οποιοσδήποτε τραυματισμός, ασθένεια ή απώλεια στο κατοικίδιο ζώο που προτείνεται για ασφάλιση ή άλλα κατοικίδια που έχετε ή που είχατε, έστω και αν δεν έχει υποβληθεί αίτηση για απαίτηση, κατά τα τελευταία τρία (3) χρόνια σε σχέση με οποιοδήποτε από τους κινδύνους για τους οποίους αιτείστε κάλυψη;

ΝΑΙ ή ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες

Έχετε ποτέ εσείς ή οποιοδήποτε άλλο/α άτομο/α που συγκατοικείτε:

α) καταδικαστεί για οποιοδήποτε ποινικό αδίκημα;

ΝΑΙ ή ΟΧΙ

β) κηρύξει πτώχευση;

ΝΑΙ ή ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες

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

Εξόφληση σε ΜΙΑ (1) Δόση

Εξόφληση σε:

ΔΥΟ (2)

ΤΡΕΙΣ (3)

ΤΕΣΣΕΡΙΣ (4)

συνεχόμενες μηνιαίες Δόσεις (εφόπαξ 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 Eurosure Insurance Company Ltd (πιο κάτω ως η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosure 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 Eurosure 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 Eurosure και ικανοποιούν πλήρως τις ασφαλιστικές μου ανάγκες σχετικά με το αντικείμενο της ασφάλισης.

Δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι πως η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosure 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 Eurosure, σαν υπεύθυνοι 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 Eurosure 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 αντισταθμιστικούς διαμεσολαβητές όπως εκτιμητές, νομικοί σύμβουλοι, γιατροί, ασφαλιστικοί σύμβουλοι, ελεγκτές, αντισταθμιστές με σκοπό την παροχή σ' εμένα της υπηρεσίας και την εκπλήρωση των απορροέντων 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 Eurosure 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 Eurosure 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@eurosure.com

Δήλωση Συγκατάθεσης

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

Υπογραφή Συμβαλλόμενου Ημερομηνία

Υπογραφή Προτείνοντα Ημερομηνία

Όνομα Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

*(Η υπογραφή αυτής της πρότασης δεν σας δεσμεύει να ολοκληρώσετε αυτή την ασφάλεια)
Η ασφαλιστική κάλυψη θα ισχύει μόνο όταν γίνει αποδεχτή από την Εταιρεία.*