



(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					
Διεύθυνση επικοινωνίας					
Ταχυδρομική Διεύθυνση					
Ταχυδρομικός Κώδικας		Πόλη		Ταχυδρομική Θυρίδα	
Περιοχή/Χωριό				Ταχ. Κώδικας Θυρίδας	
Πλήρης Διεύθυνση της Περιουσίας που θα ασφαλισθεί				Ταχ. Κώδικας	Πόλη
Επάγγελμα/Είδος Εργασίας				Κινητό Τηλέφωνο	
Ημερομηνία Γεννήσεως		Εθνικότητα		Τηλέφωνο Οικίας	
Αρ. Ταυτότητας/Εγγραφής Εταιρείας				Τηλέφωνο Εργασίας	
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο (email)				Τηλεομοιότυπο (Φαξ) Εργασίας	

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Από πμ/μμ / / μέχρι τα μεσάνυχτα / /

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

• ΕΙΔΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ :				
ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ	€	Σωματικές Βλάβες		
	€	Υλικές Ζημιές		

• Γενικά Στοιχεία Κινδύνου

Συνολικά τ.μ. του χώρου		Έτος Κατασκευής		Έτος Ανακατασκευής	
Σε πόσους και ποιους ορόφους βρίσκεται η επιχείρηση		Αριθμός Υπογείων (αν υπάρχουν)		Αριθμός Επισκεπτών κάθε μέρα (περίπου)	
Κατασκευή κτιρίου	☐ Μπετόν αρμέ ☐ Λιθόκτιστη ☐ Ξύλινη				
Το κτίριο είναι από όλες τις πλευρές ελεύθερο	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ				
Εφόσον εφάπτεται με άλλα, ποιες οι χρήσεις των γειτονικών κτιρίων;					

● Γενικά Στοιχεία Κινδύνου

Αριθμός Απασχολούμενου προσωπικού και ειδικότητες	
Αριθμός θέσεων στάθμευσης (για σταθμό αυτοκινήτων)	
Αριθμός παιδιών και καθηγητών (για εκπαιδευτήρια κλπ)	
Αριθμός θέσεων (για θέατρο ή κινηματογράφο)	
Αριθμός αθλούμενων (για γυμναστήρια κλπ)	
Αριθμός Διαμερισμάτων (για διαχειριστές)	
Αριθμός παιδιών και εργαζόμενων (για κατασκηνώσεις)	
Ετήσιος Κύκλος Εργασιών (τζίρος) προηγούμενου & τρέχοντος έτους	
Ετήσιο Μισθολόγιο προηγούμενου & τρέχοντος έτους	

Κατηγορία Ξενοδοχείου		Αριθμός Δωματίων		Αριθμό Κλινών	
Αρ. Ανεξάρτητων bungalows		Αρ. Ανελκυστήρων		Αρ. εστιατορίων/μπαρ	
Πισίνες		Άλλες Εγκαταστάσεις			
Υπάρχουν αθλητικές εγκαταστάσεις;		☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ			
Αν ΝΑΙ, αναφέρατε αριθμό και είδος					
Διαθέτει το συγκρότημά σας αίθουσες συνεδρίων;			Αν ΝΑΙ, αναφέρατε αριθμό και χωρητικότητα		
Διαθέτει το συγκρότημά σας στεγασμένους (κλειστούς) χώρους στάθμευσης αυτοκινήτων;					☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ, αναφέρατε θέσεις στάθμευσης και υπαλληλικό προσωπικό					

Αριθμός εξόδων κινδύνου:

Περίοδος λειτουργίας του Ξενοδοχείου:

Επεκτάσεις Κάλυψης

Αστική Ευθύνη από Τροφική Δηλητηρίαση

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αστική Ευθύνη συνεπεία πυρκαγιάς έναντι πελατών / επισκεπτών

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Κάλυψη για Ανυψωτικά μηχανήματα ή Clarks (σημειώστε αριθμό & είδος)

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΑΛΛΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ

Παράλληλη ασφάλιση σε άλλη Εταιρία; Αν ΝΑΙ, αναφέρετε Εταιρείες ποσά και λήξη

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Έχετε άλλα Ασφαλιστήρια στην Εταιρία μας

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΖΗΜΙΩΝ

Προηγούμενες ζημιές στους ασφαλιζομένους κινδύνου κατά την τελευταία 5ετία (στην ίδια ή σε άλλη τοποθεσία);

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, χρονολογία και αιτία ζημιάς:

Ποσό Αποζημίωσης

€

Τί επιπλέον μέτρα προστασίας πήρατε μετά τη Ζημιά

ΕΚΘΕΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

Έχετε επιθεωρήσει τον προτεινόμενο για ασφάλιση κίνδυνο

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΣΗΜΙΩΣΕΙΣ: (Πληροφορίες που αφορούν τον προτεινόμενο για ασφάλιση κίνδυνο και δεν καλύπτονται από τις ερωτήσεις της πρότασης)

ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Επιθυμώ όπως το ετήσιο ασφάλιστρο μου εξοφλείται ως ακολούθως (επιλέξετε με ✓ ή X 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 Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής 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 αντασφαλιστικούς διαμεσολαβητές όπως εκτιμητές, νομικοί σύμβουλοι, γιατροί, ασφαλιστικοί σύμβουλοι, ελεγκτές, αντασφαλιστές με σκοπό την παροχή σ' εμένα της υπηρεσίας και την εκπλήρωση των απορρεόντων 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 dro@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

(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.