

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΟΜΜΩΤΗΡΙΑ- ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ ΑΚΡΩΝ

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ: _____ ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ: _____

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ/ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

Ασφαλιζόμενος: _____

ΑΦΜ: _____, ΔΟΥ: _____, Τηλέφωνο: _____

Διεύθυνση ηλεκτρονικής αλληλογραφίας (email): _____

Διεύθυνση Αλληλογραφίας (Οδός, Αριθμός, ΤΚ, Περιοχή, Πόλη) : _____

Παρακαλώ αναφέρετε τον αριθμό και την διεύθυνση των καταστημάτων που έχετε:

A/A	Διεύθυνση	A/A	Διεύθυνση
1		4	
2		5	
3		6	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ (παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις)

- Παρέχετε τις υπηρεσίες σας τουλάχιστον κατά τα τρία τελευταία έτη; OXI ΝΑΙ
- Έχετε άδεια ασκήσεως επαγγέλματος; OXI ΝΑΙ
- Επιβεβαιώστε ότι δεν έχετε υποστεί ποτέ κυρώσεις από κρατικό φορέα ή επαγγελματικό σωματείο και δεν έχουν εγερθεί οποιοσδήποτε απαιτήσεις εναντίον σας σχετικά με παράβαση επαγγελματικού καθήκοντος. OXI ΝΑΙ
- Επιβεβαιώστε ότι δεν έχουν υπάρξει ή εκκρεμούν απαιτήσεις εναντίον σας σχετικά με πραγματική ή επικαλούμενη παράβαση επαγγελματικού καθήκοντος, δόλια ή παράνομη πράξη. OXI ΝΑΙ
- Επιβεβαιώστε ότι δεν γνωρίζετε οποιαδήποτε περίπτωση ή γεγονός που μπορεί να καταλήξει σε τέτοια απαίτηση. OXI ΝΑΙ
- Επιβεβαιώστε ότι δεν έχετε γίνει υποκείμενο έρευνας και δεν σας έχει επιβληθεί κάποια πειθαρχική ή άλλη ποινή. OXI ΝΑΙ

Προϋπόθεση ισχύος του ασφαλιστικού προγράμματος είναι να έχουν απαντηθεί θετικά όλες οι παραπάνω ερωτήσεις.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΑΚΕΤΟΥ (παρακαλούμε σημειώστε με , το επιθυμητό πακέτο)

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σ.Β. και Υ.Ζ. ανά γεγονός	€ 30.000	€ 50.000	€ 75.000
Ανώτατο Όριο στη διάρκεια του συμβολαίου	€ 60.000	€ 100.000	€ 150.000
ΟΛΙΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ	€ 100	€ 185	€ 225

Πρόσθετη κάλυψη Εργοδοτικής Αστικής Ευθύνης <input type="checkbox"/>	Επιβάρυνση 20% των ολικών ασφαλιστρών κάθε πακέτου
Απαλλαγές	€ 150 κατ' ελάχιστο σε κάθε απαίτηση

Ποια ημερομηνία επιθυμείτε να έχει έναρξη η ασφαλιστική σας κάλυψη; ___/___/20___

Αναφέρετε τον αριθμό τυχόν άλλου συμβολαίου στην Εταιρία μας: _____

Σημαντική Σημείωση:

- ✓ Η ασφαλιστική σύμβαση θα ισχύει για Απαιτήσεις που υποβάλλονται εναντίον του Ασφαλισμένου στην Ελλάδα.
- ✓ Με την παρούσα ασφαλιστική σύμβαση δεν θα καλύπτονται Ζημίες που συνδέονται με Απαιτήσεις αναφορικά με υπηρεσίες προς χρηματοοικονομικούς οργανισμούς και εισηγμένες επιχειρήσεις καθώς και υποθέσεις σχετικές με συγχωνεύσεις, εξαγορές και ναυτικό δίκαιο.
- ✓ Η πλήρης περιγραφή – έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης αναφέρεται στους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Για κάθε διευκρίνιση μπορείτε να επικοινωνείτε με τον ασφαλιστικό σας σύμβουλο ή απευθείας με την ασφαλιστική εταιρεία.

Γενικές πληροφορίες -Δηλώσεις ασφαλιζόμενου :

Αφού ανέγνωσα με προσοχή τις καταχωρισθείσες δηλώσεις Ασφαλιζόμενου/Συμβαλλόμενου και πληροφορίες, βεβαιώνω ότι αυτές είναι αληθείς και πλήρεις και αποδέχομαι βάσει αυτών να ασφαλιστώ στην εταιρεία σας, γνωρίζοντας ότι η παρούσα αίτησή μου θα αποτελέσει τη βάση και αναπόσπαστο τμήμα του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί, των όρων του οποίου έλαβα γνώση και συμφωνώ με αυτούς.

Η διεύθυνση κατοικίας και η ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που δηλώνονται στην παρούσα αποτελούν τη νόμιμη κατοικία και τη νόμιμη ηλεκτρονική διεύθυνση του Ασφαλιζόμενου/Συμβαλλόμενου αντίστοιχα, στις οποίες νόμιμα κοινοποιείται από την ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ κάθε έγγραφο που αφορά την παρούσα και το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα εκδοθεί και παράγονται τα κατά νόμο και κατά το ασφαλιστήριο συμβόλαιο αποτελέσματα από την ημέρα κοινοποίησης. Η ισχύς του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί, θα αρχίσει από την έκδοση και παράδοση αυτού και με τον όρο ότι θα έχει καταβληθεί το εφάπαξ ασφάλιστρο ή η πρώτη δόση και ότι οι συνθήκες που επηρεάζουν την ασφαλισιμότητα του προτεινόμενου για ασφάλιση, παραμένουν όπως δηλώθηκαν στην παρούσα αίτηση. Επίσης αποδέχομαι ότι η κατάρτιση, τροποποίηση ή κατάργηση της συναπτόμενης ασφαλιστικής συμβάσεως, θα αποδεικνύεται με έγγραφα που φέρουν την υπογραφή των νόμιμων εκπροσώπων της ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ.

Δηλώνω ότι παρέλαβα από τον Διαμεσολαβούντα, έντυπα της εταιρείας σας, με τις πληροφορίες που απαιτούνται από το άρθρο 150 του Ν.4364/2016, σχετικά με τους αιτούμενους προς ασφάλιση κινδύνους.

Αναφορικά με την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου, έλαβα γνώση, συμφωνών και δηλώνω ρητά και εγγράφως ότι:

Α) Η εταιρεία με την επωνυμία ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, θα τηρεί αρχείο στα γραφεία της στην Αθήνα, Φιλελλήνων 25 και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης. Η εταιρεία θα διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα σε φυσικά πρόσωπα της ίδιας εταιρείας και σε άλλα τμήματα της ίδιας εταιρείας ή σε όποιον άλλον αποδέκτη απαιτείται εκ του νόμου, για τη διεκπεραίωση των ασφαλιστικών μας εργασιών.

β) Δηλώνω ότι μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου εκ των άρθρων 12 & 13 του ν.2472/1997 και συγκεκριμένα του δικαιώματός μου λήψης πληροφοριών σχετικά με όλα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και του δικαιώματος προβολής αντιρρήσεων για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν.

Ημερομηνία: ____/____/20____

Ο Αιτών

Ο Συνεργάτης

Η Πρόταση Ασφάλισης θεωρείται αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (άρθρο 150 του ν.4364/2016)

Η πλήρης επωνυμία της Εταιρείας μας είναι :

ΕΥΡΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ

Διακριτικός τίτλος : ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Έδρα : Αθήνα Αττικής, Ελλάδα

Διεύθυνση έδρας : Φιλελλήνων 25, Αθήνα , Τ.Κ.:105 57, Τηλ: 210 3230707, Fax: 210 3254853,

website: www.europe-asfalistiki.gr

Αριθμός ΓΕΜΗ: 857301000

Α.Φ.Μ. : 094156368

Εφαρμοστέο δίκαιο: Ελληνικό

Οι ασφαλισμένοι μπορούν να απευθύνονται στην παρακάτω ηλεκτρονική διεύθυνση για αιτιάσεις:

complaints@europe-asfalistiki.gr

Ως αιτίαση νοείται το παράπονο ή η δήλωση δυσαρέσκειας που απευθύνεται στην Εταιρεία από πρόσωπο φυσικό ή νομικό το οποίο σχετίζεται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που του παρέχονται.

Ως αιτιώμενος νοείται το πρόσωπο φυσικό ή νομικό που εκλαμβάνεται ως έχων τις προϋποθέσεις να εγείρει αιτίαση προς εξέταση.

Αρμόδια για τη διαχείριση των αιτιάσεων είναι η Υπεύθυνη Διαχείρισης Αιτιάσεων (τηλ.2103230707).

Η Εταιρεία θα εξετάσει την αιτίαση και θα αποστείλει έγγραφη αιτιολογημένη απάντηση στον αιτιώμενο, το αργότερο εντός 50 ημερολογιακών ημερών από την υποβολή της αιτίασης.

Η ενεργοποίηση του μηχανισμού εξέτασης αιτιάσεων δεν διακόπτει την παραγραφή εννόμων αξιώσεων του αιτιώμενου.

Ο αιτιώμενος μπορεί να αποταθεί για την εξωδικαστική επίλυση του προβλήματός του σε άλλους φορείς, όπως ενδεικτικά τη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή, το Συνήγορο του Καταναλωτή (σε προθεσμία ενός έτους από όταν έλαβε πλήρη γνώση της βλαπτικής πράξης ή παράλειψης) και την Τράπεζα της Ελλάδος.

Περισσότερες πληροφορίες για την υποβολή αιτίασης καθώς και για την διαδικασία διαχείρισης αιτιάσεων από την Εταιρεία μπορείτε να βρείτε στον ιστότοπο της Εταιρείας.