

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ: _____ ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Όνοματεπώνυμο ή Επωνυμία Εταιρίας: _____

Πατρώνυμο: _____, Επάγγελμα: _____

Οδός: _____, Αριθμός: _____, ΤΚ: _____

Περιοχή: _____, Πόλη: _____

ΑΦΜ: _____, ΔΟΥ: _____

Τηλέφωνο: _____, Κινητό: _____, Fax: _____

Διεύθυνση ηλεκτρονικής αλληλογραφίας (email): _____

Στοιχεία Ασφαλιζόμενου (συμπληρώνεται αν είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον λήπτη της ασφάλισης):

Όνοματεπώνυμο ή Επωνυμία Εταιρίας: _____

Πατρώνυμο: _____, Επάγγελμα: _____

Οδός: _____, Αριθμός: _____, ΤΚ: _____

Περιοχή: _____, Πόλη: _____

ΑΦΜ: _____, ΔΟΥ: _____

Τηλέφωνο: _____, Κινητό: _____, Fax: _____

Διεύθυνση ηλεκτρονικής αλληλογραφίας (email): _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οδός: _____, Αριθμός: _____, ΤΚ: _____

Περιοχή: _____, Πόλη: _____



Δραστηριότητα Ασφαλιζόμενου Κινδύνου (σύντομη περιγραφή): _____

Ενδιαφέρεται Τράπεζα σαν Ευυπόθηκος Δανειστής ΝΑΙ ΟΧΙ , εάν ναι:

Τράπεζα: _____, Υποκατάστημα: _____

Ποσό για το οποίο ενδιαφέρεται η Τράπεζα: € _____, Αρ. Δανειοδότησης: _____

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ

Κτιριακές Εγκαταστάσεις		Περιεχόμενο	
Οικοδομή	€	Μηχανήματα	€
Βελτιώσεις	€	Εξοπλισμός Γραφείων	€
Άλλο	€	Εμπορεύματα	€
Σύνολο Εγκαταστάσεων	€	Α' Ύλες	€
		Άλλο	€
		Σύνολο Περιεχομένου	€

Σύνολο Ασφαλιζόμενου Κεφαλαίου:

€

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ/ ΔΟΣΕΙΣ

Έναρξη: ____/____/20____ Λήξη: ____/____/20____

Τρόπος πληρωμής:

Εφάπαξ Εξάμηνη δόση Τρίμηνη δόση **ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**EURO ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΒΑΣΙΚΗ EURO ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΗ **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΔΟΜΗΣ****Ο ασφαλιζόμενος κίνδυνος βρίσκεται**Σε ολόκληρη την οικοδομή Στο υπόγειο Στο ισόγειο Σε όροφο , αριθμός ορόφου: _____

Τετραγωνικά μέτρα: _____, Έτος κατασκευής: _____, Έτος ανακατασκευής: _____

Παρακαλούμε αναφέρατε τον συνολικό αριθμό των ορόφων της οικοδομής: _____



Σε τι χρησιμεύουν οι υπόλοιποι όροφοι της οικοδομής:

Κατοικίες Γραφεία Καταστήματα Άλλο: _____

Είδος Επιχείρησης: _____

Υπάρχει παραγωγική διαδικασία στον ασφαλιζόμενο χώρο; ΝΑΙ ΟΧΙ

Φυλάσσονται εύφλεκτες ύλες; ΝΑΙ ΟΧΙ

Η οικοδομή συνορεύει με άλλες οικοδομές; ΝΑΙ ΟΧΙ , αν ναι με τι:

• **Δεξιά:**

Κατοικίες Γραφεία Καταστήματα Άλλο: _____

• **Αριστερά:**

Κατοικίες Γραφεία Καταστήματα Άλλο: _____

• **Πίσω:**

Κατοικίες Γραφεία Καταστήματα Άλλο: _____

Παρακαλούμε αναφέρατε εάν υπάρχουν προσθήκες χωρίς άδεια: _____

Αποθήκη ΝΑΙ ΟΧΙ , αν ναι που: _____, τ.μ. : _____

Κλειστός χώρος στάθμευσης ΝΑΙ ΟΧΙ , αν ναι που: _____, τ.μ. : _____

Άλλοι χώροι (χώρος και τ.μ.): _____

Κατασκευή Οικοδομής

Σκελετός: Μπετόν Αρμέ Λιθόσκτιστο Ξύλινο Προκάτ Μεταλλικό Άλλο: _____

Τοιχοποιία: Τουβλόκτιστη Αφρομπετόν Λιθόκτιστη Τσιμεντόλιθοι Άλλο: _____

Στέγη: Ταρατσosκεπή Ταρατσosκεπή με κεραμίδια Κεραμοσκεπή σε ξυλοδοκούς Άλλο: _____

Κατασκευή Δαπέδου: _____



Εάν η οικοδομή δεν ανήκει σε κάποια από τις παραπάνω αναφερόμενες κατηγορίες παρακαλούμε περιγράψτε:

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Έναντι Πυρκαγιάς

Πυροσβεστήρες/ Πυροσβεστικές Φωλιές ΝΑΙ ΟΧΙ

Πυρανίχνευση ΝΑΙ ΟΧΙ

Sprinklers ΝΑΙ ΟΧΙ

Ποια είναι η πλησιέστερη Πυροσβεστική Υπηρεσία και σε πόση απόσταση βρίσκεται: _____

Έναντι Κλοπής

Υπάρχει φωτισμός τη νύχτα στην περίμετρο του ασφαλιζόμενου χώρου; ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπάρχουν φύλακες τις μη εργάσιμες ώρες; ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπάρχουν κλειδαριές ασφαλείας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπάρχουν ρολά ασφαλείας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν υπάρχουν, είναι εσωτερικά ρολά _____ ή εξωτερικά ρολά _____

Υπάρχουν ανοίγματα χωρίς προστασία; ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπάρχει σύστημα συναγερμού συνδεδεμένο:

- Με την Αστυνομία ΝΑΙ ΟΧΙ
- Με Εταιρία Security ΝΑΙ ΟΧΙ
- Με τα τηλέφωνα του Ιδιοκτήτη ΝΑΙ ΟΧΙ

Παρακαλούμε αναφέρατε άλλα μέτρα προστασίας:



ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΖΗΜΙΩΝ

Έχετε υποστεί ζημία στο παρελθόν από κίνδυνο που θέλετε να καλύψετε: ΝΑΙ ΟΧΙ , εάν ναι παρακαλούμε αναφέρατε:

Έτος Ζημίας	Αίτιο Ζημίας	Ποσό Ζημίας	Ποσό Αποζημίωσης

ΑΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Είναι ο προς ασφάλιση κίνδυνος ήδη ασφαλισμένος σε άλλη Εταιρία; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, παρακαλούμε αναφέρατε:

Ασφαλιστική Εταιρία: _____, Ημ. Λήξης ισχύουσας κάλυψης: ___/___/20__

Έχει απορριφθεί στο παρελθόν αίτηση ασφαλιστικής κάλυψης για τον εν λόγω κίνδυνο; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, παρακαλούμε αναφέρατε: _____

Έχετε σε ισχύ άλλο/α ασφαλιστήριο/α συμβόλαιο/α με την ΕΥΡΩΠΗ Ασφαλιστική ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, παρακαλούμε αναφέρατε τους αριθμούς των συμβολαίων:

Λοιπές παρατηρήσεις & πληροφορίες: _____



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, συμφωνώ 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

Σελίδα 6 από 7



ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑΤΟΣ "ΝΙΚΟΣ Α. ΜΑΚΡΟΠΟΥΛΟΣ"

• Κεντρικά Γραφεία: Φιλελλήνων 25, Αθήνα 105 57, Τ: 210 3230707, F: 2103240327 • Α.Φ.Μ. 094156368, ΑΡ. ΦΑΚ. 240139, ΑΡ. Μ.Α.Ε. 12856/05/Β/86/36
• Υποκατάστημα Θεσσαλονίκης: 26ης Οκτωβρίου 90, Porto Center, Θεσσαλονίκη 546 27, Τ: 2310 508222, F: 2310 508226

info@europe-aega.gr • www.europe-aega.gr

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.

