

### ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ: \_\_\_\_\_ ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ: \_\_\_\_\_

#### ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ/ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ :

#### ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Ενδιαφέρεται Τράπεζα σαν Ενυπόθηκος Δανειστής ΝΑΙ  ΟΧΙ  , εάν ναι:

Τράπεζα: \_\_\_\_\_, Υποκατάστημα: \_\_\_\_\_

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

#### ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ

Κτιριακές Εγκαταστάσεις		Περιεχόμενο	
Οικοδομή	€	Εξοπλισμός Γραφείων	€
Βελτιώσεις	€	Λοιπός Εξοπλισμός	€
Ταμπέλες & Σταυρός	€	Εμπορεύματα	€
Άλλο	€	Συνταγές	€
<b>Σύνολο Εγκαταστάσεων</b>	<b>€</b>	Άλλο	€
		<b>Σύνολο Περιεχομένου</b>	<b>€</b>

**Σύνολο Ασφαλιζόμενου Κεφαλαίου:** €

#### ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ/ ΔΟΣΕΙΣ

Έναρξη: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Λήξη: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Τρόπος πληρωμής: Εφάπαξ  Εξάμηνη δόση  Τρίμηνη δόση



### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

#### ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΕΥΡΩΠΗ

Αναφέρατε εάν επιθυμείτε την κάλυψη σεισμού: ΝΑΙ  ΟΧΙ

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Τετραγωνικά μέτρα: \_\_\_\_\_, Αριθμός Ορόφων: \_\_\_\_\_

Έτος κατασκευής: \_\_\_\_\_, Έτος ανακατασκευής: \_\_\_\_\_

Σε ποιο μέρος της οικοδομής βρίσκεται ο ασφαλιζόμενος χώρος; \_\_\_\_\_

#### Κατασκευή Οικοδομής

Σκελετός: Μπετόν Αρμέ  Λιθόσκτιστο  Ξύλινο  Προκάτ  Μεταλλικό  Άλλο: \_\_\_\_\_

Τοιχοποιία: Τουβλόκτιστη  Αφρομπετόν  Λιθόκτιστη  Τσιμεντόλινθοι  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:

Σε τι χρησιμεύουν:

- Το υπόγειο: \_\_\_\_\_
- Το ισόγειο: \_\_\_\_\_
- Οι όροφοι: \_\_\_\_\_

Φυλάσσονται στον χώρο 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: \_\_\_\_\_

### ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

#### Έναντι Πυρκαγιάς

Πυροσβεστήρες/ Πυροσβεστικές Φωλιές ΝΑΙ  ΟΧΙ

Πυρανίχνευση ΝΑΙ  ΟΧΙ

Sprinklers ΝΑΙ  ΟΧΙ

#### Έναντι Κλοπής

Υπάρχουν κλειδαριές ασφαλείας; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Υπάρχουν ρολά ασφαλείας; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Εάν υπάρχουν, είναι εσωτερικά ρολά \_\_\_\_\_ ή εξωτερικά ρολά \_\_\_\_\_

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

Σελίδα 3 από 5



ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑΤΟΣ "ΝΙΚΟΣ Α. ΜΑΚΡΟΠΟΥΛΟΣ"

• Κεντρικά Γραφεία: Φιλελλήνων 25, Αθήνα 105 57, T: 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, T: 2310 508222, F: 2310 508226

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

### 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](http://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](mailto: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.

