



Secure Pharmacy

Πρόταση Ασφάλισης

Κωδικός Διαμεσολαβούντα:

Στοιχεία Συμβαλλομένου - Λήπτη της Ασφάλισης

Άνδρας: Γυναίκα: Εταιρία:

Επίθετο / Επωνυμία:		Όνομα:	Πατρώνυμο:
Επάγγελμα / Δραστηριότητα Επιχείρησης:			
Οδός:		Αριθμός:	Πόλη/Χωριό:
T.K.:	Νομός:	Τηλέφωνο:	
FAX:	e-mail:	Κινητό:	
A.Φ.Μ.:	Δ.Ο.Υ.:	Οικογενειακή Κατάσταση:	
Ημερομηνία Γέννησης:	Θα θέλατε να λάβετε το συμβόλαιό σας σε ηλεκτρονική μορφή; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		

Δηλώστε Αριθμό Δικαιούχων της ΚΑΡΤΑΣ ΠΡΟΝΟΜΙΩΝ CROMAR "ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ":

Στοιχεία Ασφαλισμένου

Ο Ίδιος: Άνδρας: Γυναίκα: Εταιρία:

Επίθετο / Επωνυμία:		Όνομα:	Πατρώνυμο:
Επάγγελμα / Δραστηριότητα Επιχείρησης:			
Οδός:		Αριθμός:	Πόλη / Χωριό:
T.K.:	Νομός:	Τηλέφωνο:	
FAX:	e-mail:	Κινητό:	
A.Φ.Μ.:	Δ.Ο.Υ.:	Οικογενειακή Κατάσταση:	
Ημερομηνία γέννησης:			

Διεύθυνση Ασφαλισμένου Κινδύνου

Οδός:		Αριθμός:	Πόλη / Χωριό:
T.K.:	Νομός:	Τηλέφωνο:	
Το κτίριο είναι ιδιόκτητο; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Εάν όχι, ποιο είναι το ονοματεπώνυμο του ιδιοκτήτη;			
Υποχρεούστε να ασφαλίσετε το κτίριο για λογαριασμό του ιδιοκτήτη; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>			

Διάρκεια Ασφάλισης (Ετήσια)

Έναρξη από: (12:00 Μεσημβρινή) Λήξη έως: (12:00 Μεσημβρινή)

Τρόπος Πληρωμής (Ελάχιστη Δόση €100)

Εφάπαξ	<input type="checkbox"/>	Εξάμηνο	<input type="checkbox"/>	Τρίμηνο	<input type="checkbox"/>
Σ.Ε.Π.Π. <input type="checkbox"/>			"ΤΥΠΩΝΩ ΠΛΗΡΩΝΩ" <input type="checkbox"/>		

Ασφαλισμένες Αξίες & Περιγραφές

	Αξία	Περιγραφή
Οικοδομή		
Βελτιώσεις επί της οικοδομής		
Περιεχόμενα και εξοπλισμός εν γένει		
Μηχανήματα		
Εμπορεύματα & πρώτες ύλες εντός της οικοδομής		
Σύνολο		



Secure Pharmacy

Περιγραφή Κτιρίου

Όροφοι που βρίσκονται τα προς ασφάλιση αντικείμενα:	Εμβαδόν τ.μ.:
Σκελετός: μπετόν <input type="checkbox"/> άλλο <input type="checkbox"/> (περιγράψτε):	
Τοιχοποιία: τούβλο <input type="checkbox"/> άλλο <input type="checkbox"/> (περιγράψτε):	
Στέγη: μπετόν (ταράτσα) <input type="checkbox"/> κεραμοσκεπή επί ξυλοδοκών <input type="checkbox"/> ταρατσοσκεπή με διακοσμητικά κεραμίδια <input type="checkbox"/> άλλο <input type="checkbox"/> (περιγράψτε):	
Αριθμός ορόφων εκτός του υπογείου και ισογείου:	Έτος κατασκευής της οικοδομής:
Σε τι χρησιμεύει το υπόγειο;	
Σε τι χρησιμεύει το ισόγειο;	
Σε τι χρησιμεύουν οι άλλοι όροφοι;	
Εφάπτεται με άλλα κτίρια; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αν ναι, σε τι χρησιμεύουν;	

Συμπληρωματικά Στοιχεία

1 ^{ος} Ευπόθηκος Δανειστής:	Ποσό Δανείου:
Υποκατάστημα Τράπεζας:	
2 ^{ος} Ευπόθηκος Δανειστής:	Ποσό Δανείου:
Υποκατάστημα Τράπεζας:	
Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για τον ίδιο κίνδυνο; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Εάν ναι αναφέρατε ασφαλιστική εταιρία και κεφάλαια:	
Αρνήθηκε ποτέ άλλη Ασφαλιστική εταιρία να σας ασφαλίσει; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Είχατε ασφαλίσει στο παρελθόν την επιχείρησή σας; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αναφέρατε Ασφαλιστική Εταιρία:	
Είχατε ποτέ ζημιές σαν επιχείρηση; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Χρονολογία: Είδος: Ύψος Ζημιάς: 	
Υπήρξε ασφάλιση για αυτές τις ζημιές; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Εάν ναι, σημειώστε το όνομα της Ασφαλιστικής Εταιρίας:	
Αποζημιωθήκατε; Ναι <input type="checkbox"/> με τι ποσό; Όχι <input type="checkbox"/> γιατί απορρίφθηκε η ζημιά σας?	
Τι μέτρα λάβατε για την αποφυγή παρόμοιας μελλοντικής ζημιάς;	
Έτος 1 ^{ης} λειτουργίας της επιχείρησης:	Αριθμός προσωπικού:

Ερωτηματολόγιο Πυρκαγιάς - Μέτρα Πυροπροστασίας

Η επιχείρηση έχει νόμιμη άδεια λειτουργίας;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχετε πιστοποιητικό από την Πυροσβεστική Υπηρεσία;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Πυροσβεστήρες: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Πλήθος: Βάρος:	Βρίσκονται σε εμφανή σημεία; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Γίνεται αναγόμωση όπως ορίζει ο κατασκευαστής; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Σύστημα ανίχνευσης καπνού; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Αυτόματο σύστημα καταιονισμού ύδατος (sprinklers); Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Πυροσβεστικές φωλιές / Πλήθος; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Υπάρχουν πυροσβεστικοί κρουνοί έξω από το κτίριο; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αν, ναι σε τι απόσταση (περίπου);	
Απαγορεύεται το κάπνισμα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Εάν ναι, τηρείται η απαγόρευση; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	



Secure Pharmacy

Ερωτηματολόγιο Κλοπής - Μέτρα Προστασίας

Σύστημα συναγερμού: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Συνδέεται με εταιρία Security; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Επωνυμία Εταιρίας Security:	
Είναι η επικοινωνία ασύρματη τύπου GSM (κινητή τηλεφωνία); Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Είδος ναλοπινάκων: Securit <input type="checkbox"/> Triplex <input type="checkbox"/> Αλεξίσφαιρα <input type="checkbox"/> Άλλο (παρακαλώ δηλώστε) <input type="checkbox"/>	
Κλειδαριές: κοινές <input type="checkbox"/> ασφαλείας <input type="checkbox"/>	
Ρολά ασφαλείας; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Εάν ναι, είναι ηλεκτρικά; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Διαθέτουν απλή κλειδαριά ή προστατευομένου κλειστρου;	απλή <input type="checkbox"/> προστατευομένου κλειστρου <input type="checkbox"/>
Σιδεριές σε όλα τα ανοίγματα (φεγγίτες, φωταγωγούς κλπ.); Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Εξωτερικός φωτισμός: Προβολείς ασφαλείας; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Επαρκής Δημόσιος φωτισμός; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Περίφραξη; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Εάν ναι, περιγράψτε:	
Περιοχή πυκνοκατοικημένη; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Άλλα μέτρα προστασίας κλοπής που δεν αναφέρονται στο παρόν:	

Ερωτηματολόγιο Πλημμύρας

Ασφαλίζονται εμπορεύματα σε υπόγειους ή ημιυπόγειους χώρους; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Πώς είναι τοποθετημένα;	Απ'ευθείας στο δάπεδο <input type="checkbox"/> Σε ράφια <input type="checkbox"/> Σε παλέτες <input type="checkbox"/> Τι ύψους;
Υπάρχουν εσωτερικά φρεάτια; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Έχετε αντλίες νερού; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Εάν ναι, περιγράψτε τύπο:	
Αναφέρετε κατά προσέγγιση την απόσταση του κτιρίου από ρέμα, ποτάμι, γκρεμό κλπ.:	

Ερωτηματολόγιο Σεισμού (μόνο εφόσον ζητείται η κάλυψη)

Αριθμός Αδείας κατασκευής;	Έτος έκδοσης Αδείας:
Το έδαφος έχει υποστεί επιχωματώσεις; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Έχουν γίνει επεκτάσεις στο κτίριο ή προσθήκες (καθ' ύψος ή κατ' επέκταση οριζόντια)	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Περιγράψτε τις επεκτάσεις ή προσθήκες και τη χρήση αυτών:	
Έχει εκδοθεί άδεια από τις αρμόδιες υπηρεσίες για τις επεκτάσεις ή προσθήκες;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Αριθμός Άδειας Προσθήκης;	Έτος έκδοσης Άδειας Προσθήκης:
Το κτίριο είναι κτισμένο σύμφωνα με τον αντισεισμικό κανονισμό του έτους κατασκευής;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχει υποστεί το κτίριο ζημιά από προηγούμενο σεισμό;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> στο φέροντα οργανισμό (σκελετό) <input type="checkbox"/> στο μη φέροντα οργανισμό (τοιχοποιΐα)	
Δώστε λεπτομέρειες και επικοινωνήστε με την Εταιρία	
Αναφέρετε κατά προσέγγιση την απόσταση του κτιρίου από ρέμα, ποτάμι, γκρεμό κλπ.:	

Προαιρετικές Καλύψεις

Σεισμού

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ : € 200.



Secure Pharmacy

Η παρούσα Πρόταση Ασφάλισης αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου που πρόκειται να εκδοθεί, υπό τον όρο ότι κάθε ένα από τα ενδιαφερόμενα μέρη, δηλ. ο Συμβαλλόμενος / Λήπτης της Ασφάλισης και ο Εξουσιοδοτημένος Ανταποκριτής, αποδεχτούν και συμφωνήσουν να προβούν στην έκδοση αυτού του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Δηλώνεται δε και συμφωνείται ότι ο ο Συμβαλλόμενος / Λήπτης της Ασφάλισης επιβεβαιώνει και δηλώνει υπεύθυνα ότι δεν παρέλειψε ούτε απέκρυψε ο,τιδήποτε θα μπορούσε να επηρεάσει τον υπό εκτίμηση ανωτέρω προτεινόμενο κίνδυνο και αποδέχεται ως αληθή και πραγματικά τα στοιχεία που αναφέρονται παραπάνω. Δηλώνει επίσης ότι αποδέχεται την παρούσα ασφάλιση σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονται στο ασφαλιστήριο και συμφωνεί ότι η ασφάλιση θα ισχύσει μετά την αποδοχή της Πρότασης Ασφάλισης από την Εταιρία και με την προϋπόθεση ότι θα έχει καταβάλει εμπρόθεσμα το οφειλόμενο ασφάλιστρο.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ/ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝΤΑ

.....

.....

Ημερομηνία/...../.....

Έγκριση Εταιρίας

Σημείωση: Η αποστολή της πρότασης δε συνεπάγεται και αποδοχή του κινδύνου εκ μέρους της εταιρίας.

Cromar Insurance Brokers

Αττική: Αγ. Κωνσταντίνου 17 & Αγ. Αναργύρων, Μαρούσι 15124 - Τηλ. 210 8028946-7 Φαξ 210 8029055, E-mail info@cromar.gr

Θεσσαλονίκη: Πολυτεχνείου 24, Θεσσαλονίκη 54625 - Τηλ. 2310 502506 -7 Φαξ 2310 526028