



**CROMAR**  
INSURANCE BROKERS SA

SECURE  
PA



www.cromar.gr

Coverholder at **LLOYD'S**

## Πρόταση Ασφάλισης Προσωπικού Ατυχήματος

### ΣΗΜΕΙΩΣΗ

- Η Αίτηση Ασφάλισης πρέπει να είναι πλήρως συμπληρωμένη (Οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές).  
- Η "CROMAR στο πλαίσιο συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις του Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και σύμφωνα με την Πολιτική Προστασία Προσωπικών Δεδομένων που είναι αναρτημένη στον ιστότοπο της εταιρίας μας ([www.cromar.gr](http://www.cromar.gr)), σας εγγυάται την ασφαλή αποθήκευση και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων και δηλώνει υπεύθυνα πως αυτά δεν πρόκειται να διατεθούν σε Τρίτους για διαφημιστικούς ή άλλους σκοπούς αλλά θα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά στη διαπραγμάτευση με Ασφαλιστές για τις ασφαλιστικές καλύψεις σας.

Κωδικός Διαμεσολαβούντα που ήρθε σε επαφή με την CROMAR:

Κωδικός Διαμεσολαβούντα που ήρθε σε επαφή με τον Λήπτη της Ασφάλισης:

Όνοματεπώνυμο ..... Υπογραφή .....

### Στοιχεία Συμβαλλομένου - Λήπτη της Ασφάλισης

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

### Στοιχεία Ασφαλισμένου

Ο Ίδιος: <input type="checkbox"/> Άνδρας: <input type="checkbox"/> Γυναίκα: <input type="checkbox"/>		
Επίθετο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Οδός:	Αριθμός:	Πόλη / Χωριό:
T.K.:	Νομός:	Τηλέφωνο:
FAX:	e-mail:	Κινητό:
A.Φ.Μ.:	Δ.Ο.Υ.:	Οικογενειακή Κατάσταση:
Κύριο Επάγγελμα:		Ημερομηνία γέννησης:
Δευτερεύοντα Επαγγέλματα:		

### Διάρκεια Ασφάλισης (Ετήσια)

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

### Τρόπος Πληρωμής

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

### Δικαιούχοι Ασφαλίματος σε περίπτωση θανάτου

Απτική: Αγ. Κωνσταντίνου 17 & Αγ. Αναργύρων, Μαρούσι 15124 - Τηλ. 210 8028946-7 Φαξ 210 8029055, E-mail [info@cromar.gr](mailto:info@cromar.gr)

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

Σελ: 1



Ονοματεπώνυμο	Πατρώνυμο	Ημ. Γέννησης	Σχέση με τον Ασφαλιζόμενο	%
1.				
2.				
3.				
4.				

**Ασφαλιστικές Παροχές** **Ασφαλιζόμενα ποσά (σε €)**

<b>Βασική Κάλυψη</b>	<b>1 μονάδα ανώτατου ασφαλιζόμενου ορίου (1<sup>ο</sup> Πρόγραμμα)</b>	<b>1 μονάδα ανώτατου ασφαλιζόμενου ορίου (2<sup>ο</sup> Πρόγραμμα)</b>
1. Θάνατος από ατύχημα	5.000,00	10.000,00
2. α) Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα β) Μόνιμη Μερική Ανικανότητα από ατύχημα (ποσοστό βάσει πίνακα Μόνιμης Μερικής Ανικανότητας)	5.000,00 5.000,00	10.000,00 10.000,00
3. Ιατροφαρμακευτικά έξοδα ατυχήματος	500,00	500,00
4. Χειρουργικό επίδομα συνεπεία ατυχήματος (%)	500,00	500,00
5. Ημερήσιο νοσοκομειακό επίδομα συνεπεία ατυχήματος (από την 3η έως την 365 <sup>η</sup> ημέρα)	10,00	10,00
6. Επείγουσα υγειονομική μεταφορά	500,00	500,00
<b>Προαιρετικές Καλύψεις</b>	<b>1<sup>ο</sup> Πρόγραμμα</b>	<b>2<sup>ο</sup> Πρόγραμμα</b>
✓ Πρόσκαιρη ολική ανικανότητα από ατύχημα (από την 7η έως την 365 <sup>η</sup> ημέρα)	5,00	5,00

**Δηλώστε επιθυμητό αριθμό μονάδων**  
Από 1 - 10 για τις κατηγορίες επαγγελματιών 1 και 2 και από 1 - 6 για την κατηγορία 3  
(Σε περίπτωση που επιθυμείτε το Ανώτατο Ασφαλιζόμενο Ποσό να υπερβαίνει τους παραπάνω αριθμούς μονάδων ανά κατηγορία επαγγελματιών, παρακαλούμε επικοινωνήστε με την Εταιρία για εκτίμηση του κινδύνου)

( ) μονάδες

**Επιλογή προγράμματος (σημειώστε την επιλογή σας)**  
**1<sup>ο</sup> Πρόγραμμα**       **2<sup>ο</sup> Πρόγραμμα**       **Προαιρετική κάλυψη**

<b>Ελάχιστα Ασφάλιστρα &amp; ποσό δόσης</b>	<b>1<sup>ο</sup> Πρόγραμμα</b>	<b>2<sup>ο</sup> Πρόγραμμα</b>
	ένα ετήσιο ασφάλιστρο	ένα ετήσιο ασφάλιστρο

**Ερωτηματολόγιο**

1. Είστε αριστερόχειρας;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
2. Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Χήρος/α <input type="checkbox"/>	
3. Ύψος: ..... Βάρος: ..... Σημειώστε αν το βάρος σας είναι σταθερό τα τελευταία 3 χρόνια. Αυξήθηκε και πόσο; ..... Μειώθηκε και πόσο; .....	
4. Καπνίζετε; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Πόσα τσιγάρα την ημέρα; .....	
5. Έχετε οποιοδήποτε σωματικό ή άλλου είδους ελάττωμα ή αδυναμία;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
6. Πάσχετε από αναπηρία, επιληψία, σωματική ή ψυχική βλάβη;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
7. Ασχολείστε με σπορ; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Εάν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες:	
8. Οδηγείτε ή επιβαίνετε σε δίκυκλο, γεωργικό μηχάνημα, βενζινάκατο;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
9. Παρακαλούμε δηλώστε αν ασκείτε χειρωνακτική εργασία	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>





**Παρατηρήσεις Εταιρίας (συμπληρώνεται από την Εταιρία)**

1.
2.
3.

Η παρούσα Αίτηση 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.

Πριν την υποβολή της παρούσας Αίτησης Ασφάλισης α) προσδιορίστηκαν από τον Διαμεσολαβούντα οι ασφαλιστικές ανάγκες του Συμβαλλομένου/Λήπτη της Ασφάλισης, β) εξεξηγήθηκαν με κατανοητό και αντικειμενικό τρόπο τα χαρακτηριστικά του ασφαλιστικού προϊόντος και ο Συμβαλλόμενος / Λήπτης της Ασφάλισης ενημερώθηκε επαρκώς για τις παρεχόμενες ασφαλιστικές καλύψεις, δικαιώματα και υποχρεώσεις, γ) παραδόθηκε το έγγραφο πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν που επέλεξε (άρθρο 20 της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/97) και δ) του εξεξηγήθηκαν επαρκώς οι λόγοι για τους οποίους το ασφαλιστικό προϊόν που επέλεξε ικανοποιεί τις απαιτήσεις/ανάγκες του και το επέλεξε μετά την ενημέρωση για τις καλύψεις που παρέχει το συγκεκριμένο προϊόν και το κόστος του. Δηλώνεται δε και συμφωνείται ότι ο Συμβαλλόμενος / Λήπτης της Ασφάλισης επιβεβαιώνει και δηλώνει υπεύθυνα ότι δεν παρέλειψε ούτε απέκρυψε οτιδήποτε 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 Αίτησης Ασφάλισης από την Εταιρία και με την προϋπόθεση ότι θα έχει καταβάλει εμπρόθεσμα το οφειλόμενο ασφαλιστρο.

Η παρούσα επέχει θέση Εξουσιοδότησης προς κάθε ιατρό, νοσοκομείο, ιδιωτική κλινική, διαγνωστικό κέντρο, ασφαλιστική εταιρεία, Ίδρυμα ή πρόσωπο που έχει αποδείξεις ή γνωρίζει κάτι για τον προτεινόμενα ή την υγεία του, χορηγείται δε μόνο για:

α) την αξιολόγηση της παρούσας αίτησης για ασφάλιση, β) τη διαπίστωση της αλήθειας των παραπάνω δηλώσεων, γ) την περίπτωση κατά την οποία έχει υποβληθεί αίτηση αποζημίωσης στα πλαίσια της ασφαλιστικής κάλυψης που αιτείται ο προτείνοντας

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 SA

SECURE  
PA



[www.cromar.gr](http://www.cromar.gr)

Coverholder at **LLOYD'S**

## Δήλωση Συναίνεσης για την Επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

«Δήλωση Συναίνεσης για την Επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα  
(Η υπογραφή της δήλωσης αυτής είναι αναγκαία για την έκδοση και τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου συμβολαίου)

Ως Συμβαλλόμενος ή Ασφαλιζόμενος, δηλώνω ότι:

1. Διάβασα την σχετική πληροφόρηση «Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα».
2. Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, που πραγματοποιούν οι εταιρείες του Ομίλου CROMAR και για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης). Επίσης για το δικαίωμά μου να ανακαλέσω οποτεδήποτε στο μέλλον την συγκατάθεση που χορηγώ διά της παρούσης δήλωσης καθώς και για τα δικαιώματά μου που αναφέρονται στα άρθρα 12-22 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων»
3. Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στην παραπάνω εταιρία υπεύθυνη επεξεργασίας για τα ακόλουθα:  
Α) Για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που περιλαμβάνονται σε αυτή την αίτηση ασφάλισης, καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της εταιρείας στο μέλλον και έχουν σχέση με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που αιτούμαι, καθώς και με τη λειτουργία του.  
Β) Για την τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω δεδομένα σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή.

Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είναι απολύτως αναγκαία για τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου συμβολαίου που αιτούμαι και ότι τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον, θα δίνει στην εταιρεία το δικαίωμα να καταγγείλει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που έχει εκδοθεί με βάση αυτή, με άμεση ισχύ.

Όνοματεπώνυμο..... Υπογραφή.....»

Η CROMAR αποτελείται από την Cromar Μεσίτες Ασφαλειών Μονοπρόσωπη ΑΕ (ΑΡ.ΓΕΜΗ 68768603000) και την Cromar Μονοπρόσωπη Ανώνυμη Εταιρία Ασφαλιστικής Πρακτόρευσης (ΑΡ.ΓΕΜΗ 149475603000). Η σύναψη σύμβασης με την Lloyd's Insurance Company SA γίνεται μέσω της μίας εκ των παραπάνω εταιριών της CROMAR, αναλόγως της ιδιότητας / επαγγελματικής άδειας του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή που έρχεται σε επαφή με την CROMAR.