



## Πρόταση Ασφάλισης Γενικής Αστικής Ευθύνης

### 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:

### 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:	
Παρακαλώ δηλώστε την ιστοσελίδα της εταιρίας σας εάν υπάρχει: www			
Θα θέλατε να λάβετε το συμβόλαιό σας σε ηλεκτρονική μορφή;			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>

### Στοιχεία Ασφαλισμένου

Ο Ίδιος με το Συμβαλλόμενο : <input type="checkbox"/>				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:				

### Διεύθυνση Αλληλογραφίας

Οδός:		Αριθμός:		Πόλη / Χωριό:		
T.K.:	Νομός:	Τηλέφωνο:				

### Διάρκεια Ασφάλισης (Ετήσια)

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

### Τρόπος Πληρωμής (Ελάχιστη Δόση €80)

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

### Διεύθυνση Ασφαλισμένου Κινδύνου

Οδός:		Αριθμός:		Πόλη / Χωριό:		
T.K.:	Νομός:	Τηλέφωνο:				
Το κτίριο είναι ιδιόκτητο; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>						

### Γενικά στοιχεία

Προβλεπόμενος κύκλος εργασιών τρέχοντος έτους:	€
Πλήθος Εργαζομένων:	



**Πρόγραμμα Αστικής Ευθύνης** (Επιλέξτε το πρόγραμμα που απευθύνεται στη δική σας δραστηριότητα, δίνοντας όλη τη ζητούμενη πληροφόρηση, απαντώντας σε όλα τα πεδία)

1.	<b>Προσωπικής Αστικής Ευθύνης</b> Αριθμός τετραγωνικών μέτρων: .....	12.	<b>Συντηρητών Ανελκυστήρων</b> Αριθμός Ανελκυστήρων:.....
2.	<b>Διαχείρισης Κοινόχρηστων Χώρων Κτιρίων</b> Αριθμός Διαμερισμάτων: ..... Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Εργοδοτική αστική ευθύνη <input type="checkbox"/> Ευθύνη από τη λειτουργία πισίνας	13.	<b>Χώρων Στάθμευσης Αυτοκινήτων</b> Αριθμός Θέσεων: ..... Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Ευθύνη από τη χρήση πλυντηρίου οχημάτων μέχρι € 1.500 ανά όχημα και € 3.000 κατ' έτος, με απαλλαγή € 500 ανά όχημα. <input type="checkbox"/> Υλικές ζημιές από πρόσκρουση, σύγκρουση ή ανατροπή μέσα στους χώρους της επιχείρησης μέχρι € 3.000 ανά όχημα και ετησίως, με απαλλαγή € 500 ανά όχημα, εφόσον το όχημα οδηγείται από το προσωπικό του ασφαλισμένου, το οποίο διαθέτει άδεια οδήγησης
3.	<b>Ιδιοκτητών Μισθωμένων Κτιρίων</b> Αριθμός τετραγωνικών μέτρων: ..... Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Ευθύνη από τη λειτουργία πισίνας	14.	<b>Πρατηρίων Βενζίνης &amp; Συνεργείων Αυτοκινήτων</b> Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Ευθύνη από τη χρήση πλυντηρίου οχημάτων μέχρι € 1.500 ανά όχημα και € 3.000 κατ' έτος, με απαλλαγή € 500 ανά όχημα <input type="checkbox"/> Υλικές ζημιές από πρόσκρουση, σύγκρουση ή ανατροπή εντός των χώρων, μέχρι € 3.000 ανά όχημα & ετησίως, με απαλλαγή € 500 ανά όχημα εφόσον το όχημα οδηγείται από το προσωπικό του ασφαλισμένου, το οποίο διαθέτει την κατάλληλη άδεια οδήγησης. Η κάλυψη μπορεί να επεκταθεί και εκτός των χώρων της επιχείρησης σε ακτίνα 5 χλμ. από τις εγκαταστάσεις του ασφαλισμένου εξαιρούνται ζημιές σε τρίτους).
4.	<b>Γραφείων</b> Αριθμός τετραγωνικών μέτρων: ..... Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Εργοδοτική αστική ευθύνη <input type="checkbox"/> Προσωπική αστική ευθύνη κατά τη διάρκεια επαγγελματικών ταξιδιών παγκοσμίως του ασφαλισμένου και των προστηθέντων του	15.	<b>Συνεργείων Καθαρισμού Κτιρίων</b> Αριθμός Πελατών: ..... Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Ευθύνη για Υλικές ζημιές σε τρίτους από την εκτέλεση απεντομώνσεων και μυοκτονιών μέχρι € 50.000 ανά περιστατικό και συνολικά, εξαιρουμένων ασθενειών και σωματικών βλαβών που συνδέονται με την εργασία αυτή. <input type="checkbox"/> Ευθύνη για ζημιές σε τρίτους από τη χρήση ανυψωτικών μηχανημάτων έργου έως € 10.000 ανά περιστατικό και συνολικά.
5.	<b>Καταστημάτων &amp; Εμπορικών Επιχειρήσεων</b> Αριθμός τετραγωνικών μέτρων: ..... Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Τροφική δηλητηρίαση από την κατανάλωση τροφίμων και ποτών που διατέθηκαν / πουλήθηκαν από τον ασφαλισμένο εντός των χώρων της επιχείρησης	16.	<b>Διοργάνωσης Εκδηλώσεων</b> Αριθμός Ατόμων: ..... Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Τροφική δηλητηρίαση <input type="checkbox"/> Εργοδοτική Ευθύνη <input type="checkbox"/> Ευθύνη από τη φύλαξη εξοπλισμού τρίτων που θα χρησιμοποιηθεί στην εκδήλωση έως € 10.000
6.	<b>Ενοικιαζομένων Δωματίων / Ξενοδοχείων</b> Αριθμός κλινών: ..... Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Ευθύνη από τη λειτουργία πισίνας <input type="checkbox"/> Τροφική δηλητηρίαση	17.	<b>Ανέγερσης Έργου</b> Προϋπολογισμός Εργασιών: € ..... Διάρκεια Εκτέλεσης Εργασιών: ..... μήνες Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Διασταυρούμενη ευθύνη <input type="checkbox"/> Ευθύνη από τη χρήση μηχανημάτων έργου <input type="checkbox"/> Ευθύνη από την εκτέλεση εργασιών κατεδάφισης έως € 30.000 προϋπολογισμού
7.	<b>Φαρμακείων</b> Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Εργοδοτική αστική ευθύνη		
8.	<b>Καφετέριες, Εστιατόρια, Κυλικεία, Take Away, Delivery</b> Αριθμός Καθισμάτων: ..... Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Εργοδοτική αστική ευθύνη για τους διανομείς / <u>υπαλλήλους</u> υπηρεσίας delivery (μέχρι 6 άτομα)		
9.	<b>Κομμωτηρίων</b> Αριθμός Κομμωτών & Υπαλλήλων: .....		
10.	<b>Γυμναστηρίων, Σχολών Αθλητικών Δραστηριοτήτων</b> Αριθμός Μελών / Πελατών / Μαθητών: ..... Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Ευθύνη από τη λειτουργία πισίνας <input type="checkbox"/> Τροφική δηλητηρίαση		
11.	<b>Εκπαιδευτηρίων, Σχολείων, Φροντιστηρίων, Ωδείων</b> Αριθμός Μαθητών: ..... Επιλογή Προαιρετικών Ασφαλιστικών Καλύψεων: <input type="checkbox"/> Ευθύνη από τη λειτουργία και χρήση πισίνας		



Επιλέξτε το Πλάνο που ταιριάζει στις ανάγκες σας.

Ασφαλιστικές Καλύψεις	Πλάνο Α <input type="checkbox"/>	Πλάνο Β <input type="checkbox"/>	Πλάνο Γ <input type="checkbox"/>	Πλάνο Δ <input type="checkbox"/>	Πλάνο Ε <input type="checkbox"/>	Πλάνο ΣΤ <input type="checkbox"/>
Σωματικές βλάβες κατ'άτομο	€ 15.000	€ 30.000	€ 60.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000
Υλικές ζημιές ανά συμβάν	€ 10.000	€ 20.000	€ 30.000	€ 50.000	€ 100.000	€ 100.000
Ομαδικό ατύχημα (σωμ. βλάβες & υλικές ζημιές ανά συμβάν)	€ 30.000	€ 60.000	€ 120.000	€ 200.000	€ 300.000	€ 400.000
Ανώτατο Όριο Ευθύνης (για όλη τη διάρκεια)	€ 50.000	€ 100.000	€ 200.000	€ 300.000	€ 500.000	€ 600.000

### Ιστορικό Ζημιών

Έχουν υποβληθεί απαιτήσεις αποζημίωσης σε βάρος σας ή γνωρίζετε περιστατικά τα οποία θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε απαίτηση αποζημίωσης τα τελευταία 5 χρόνια ; Ναι  Όχι

Εάν ναι παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε τα παρακάτω :

Ημερομηνία ζημιάς	Είδος απαίτησης	Πληρωθέν ποσό	Εκκρεμές ποσό

### Συμπληρωματικά Στοιχεία

Είχατε υποβάλει αίτηση για παρόμοια ασφάλιση ή είχατε ασφάλιση σε άλλη ασφαλιστική εταιρία ; Ναι  Όχι

Εάν ναι σε ποια ασφαλιστική εταιρία & ποια η τελευταία διάρκεια ισχύος του ασφαλιστηρίου ;

Αρνήθηκε ποτέ ασφαλιστική εταιρία να σας ασφαλίσει για παρόμοια ασφάλιση ή έθεσε ειδικούς όρους ; Ναι  Όχι

Εάν ναι περιγράψτε :

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) επεξηγήθηκαν 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 επεξηγήθηκαν 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 α) 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 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.



## **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 δις 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 σύναψη σύμβασης με την Lloyd's Insurance Company SA γίνεται μέσω της Cromar Μεσίτες Ασφαλειών Μονοπρόσωπη ΑΕ (ΑΡ.ΓΕΜΗ 68768603000).*