

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ

Συνεργάτης (Όνοματεπώνυμο)	Κωδικός	Υποκωδικός
Αριθμός ασφαλιστηρίου		

- Πρόταση Ασφάλισης Μεταφοράς Εμπορευμάτων
 Τροποποίηση Ασφαλιστηρίου Μεταφοράς Εμπορευμάτων

Παρακαλώ συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα.

Στοιχεία λήπτη της ασφάλισης	<input type="checkbox"/> Φυσικό πρόσωπο <input type="checkbox"/> Νομικό πρόσωπο	Κωδ. Πελάτη	Κωδ. Ενεχυρούχου
	Όνοματεπώνυμο/Επωνυμία		Πατρώνυμο
	AΦΜ	Δ.Ο.Υ.	Επάγγελμα
	Διεύθυνση (οδός- αριθμός-περιοχή-Τ.Κ.)		Πόλη
	Τηλ. Κατοικίας	Τηλ. Εργασίας	Τηλ. Κινητό
	Ηλεκτρ. Ταχυδρομείο (e-mail)		Fax

Υπεύθυνος για τις ασφαλίσσεις	
-------------------------------	--

Μεταφερόμενα εμπορεύματα	Περιγραφή και ποσότητα εμπορεύματος					
	Είδος και ποσότητα συσκευασίας	<input type="checkbox"/> Χαρτοκιβώτια	<input type="checkbox"/> Ξυλοκιβώτια	<input type="checkbox"/> Container	<input type="checkbox"/> Άλλο	Ποσότητα
	Διάφορες πληροφορίες	Καθαρό βάρος	Μικτό βάρος	Αριθμός container		

Ταξίδι	Ημερομηνία έναρξης φόρτωσης/ταξιδιού				
	Αναχώρηση από (πόλη/χώρα)			Προορισμός (πόλη/χώρα)	
	Μέσω (πόλη/χώρα)			Μεταφόρτωση (πόλη/χώρα)	
	Μεταφορικά μέσα	<input type="checkbox"/> Φορτηγό	<input type="checkbox"/> Πλοίο	<input type="checkbox"/> Τρένο	<input type="checkbox"/> Αεροπλάνο
	Αν πρόκειται για οδική μεταφορά παρακαλούμε δηλώστε αριθμό κυκλοφορίας φορτηγού:				
	Αν πρόκειται για μεταφορά με πλοίο παρακαλούμε δηλώστε 1. Όνομα πλοίου 2. IMO Number				
	3. Έτος κατασκευής		4. Σημεία		5. DTW
	6. Τα εμπορεύματα που φορτώνονται; <input type="checkbox"/> Υπό του καταστρώματος <input type="checkbox"/> Επί του καταστρώματος				
	7. Είναι πλοίο γραμμής; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι				
	Μεταφορική εταιρία				

Ασφαλιζόμενη αξία	Αξία τιμολογίου		Αριθμός τιμολογίου	
	Προσαύξηση	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Αν ναι, δηλώστε ποσοστό	Ασφαλιζόμενη αξία
	Μεσολαβούσα τράπεζα		Αριθμός πίστωσης	

Ρήτρες ασφάλισης	<input type="checkbox"/> Institute cargo clauses "C", για χερσαία ή θαλάσσια μεταφορά
	<input type="checkbox"/> Institute cargo clauses "B", για χερσαία ή θαλάσσια μεταφορά
	<input type="checkbox"/> Institute cargo clauses "A", για χερσαία ή θαλάσσια μεταφορά
	<input type="checkbox"/> Institute cargo clauses "AIR", για αεροπορική μεταφορά
	<input type="checkbox"/> Institute WAR clauses, για θαλάσσια ή αεροπορική μεταφορά
	<input type="checkbox"/> Institute STRIKES clauses, για χερσαία, θαλάσσια ή αεροπορική μεταφορά
	<input type="checkbox"/> Άλλοι επιθυμητοί κίνδυνοι

Πληροφορίες για ασφαλιστήριο διαρκείας	Ετήσιος αριθμός φορτώσεων		Ανώτατο όριο φόρτωσης	
	Συνολική αξία φορτώσεων ετησίως			
	Διάρκεια ασφάλισης	Έναρξη ασφάλισης		Λήξη ασφάλισης

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ

Άλλες πληροφορίες	Ασφαλίζετε τις μεταφορές σας σε άλλη εταιρία; Αν ναι, αναφέρατε τους λόγους αλλαγής εταιρίας
	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Ασφ. Εταιρία: _____ Λόγος αλλαγής: _____
	Αναφέρατε με λεπτομέρεια ιστορικό ζημιών των τελευταίων πέντε (5) ετών (αιτία, ύψος, αποζημίωση, μέτρα που λήφθηκαν κατόπιν). Σε περίπτωση που δεν αναφέρατε ζημιές, για το χρονικό διάστημα που ζητείται πιο πάνω, τότε θα θεωρηθεί ότι δεν υπήρξε καμία ζημιά.

Τρόπος πληρωμής ασφαλιστρών	<input type="checkbox"/> Εφάπαξ <input type="checkbox"/> Εξάμηνος <input type="checkbox"/> Τρίμηνος	
	Πρώτη Έκδοση Ασφαλιστηρίου	Ανανέωση Ασφαλιστηρίου
	<input type="checkbox"/> Μέσω ασφαλιστικού διαμεσολαβητή Μέσω συστήματος πληρωμών ERGO <input type="checkbox"/> Ταχυπληρωμή ΕΛΤΑ ή σύστημα ΔΙΑΣ <input type="checkbox"/> Πάγια εντολή πιστωτικής κάρτας <input type="checkbox"/> Πάγια εντολή τράπεζας	<input type="checkbox"/> Μέσω ασφαλιστικού διαμεσολαβητή Μέσω συστήματος πληρωμών ERGO <input type="checkbox"/> Ταχυπληρωμή ΕΛΤΑ ή σύστημα ΔΙΑΣ <input type="checkbox"/> Πάγια εντολή πιστωτικής κάρτας <input type="checkbox"/> Πάγια εντολή τράπεζας

Αλλαγές σε υπάρχον ασφαλιστήριο	<input type="checkbox"/> Ακύρωση ασφαλιστηρίου από _____ / _____ / _____
	Αιτιολογία _____ _____
	<input type="checkbox"/> Άλλες αλλαγές _____ _____

Δηλώσεις	<p>Παρακαλώ με βάση τα στοιχεία που δήλωσα να εκδώσετε ασφαλιστήριο Μεταφοράς Εμπορευμάτων. Συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύσει μετά την αποδοχή από την εταιρία σας αυτής της πρότασής μου, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ασφαλιστηρίου, υπό την προϋπόθεση της εξόφλησης προηγούμενων των ασφαλιστρών κατά τον συμφωνηθέντα τρόπο πληρωμής.</p> <p>Οι παραπάνω δηλώσεις μου ισχύουν για κάθε ανανέωση της ασφάλισης, εκτός αν τροποποιηθούν με έγγραφο μου προς την εταιρία σας. Συμφωνώ και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα όλους τους γενικούς και ειδικούς όρους που αναγράφονται ή επισυνάπτονται στο ασφαλιστήριο ή πρόσθετη πράξη που πρόκειται να εκδοθεί, ανεξάρτητα εάν αυτό φέρει την υπογραφή μου, καθώς επίσης γνωρίζω και αποδέχομαι όλους τους ενιαίους όρους ασφάλισης Ασφαλιστηρίου Μεταφοράς Εμπορευμάτων.</p>
	<p>ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ</p> <p>Η ανώνυμη ασφαλιστική εταιρία με την επωνυμία «ERGO Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία Ζημιών» (περαιτέρω η «Ασφαλιστική Εταιρία») η οποία είναι εγκατεστημένη στην Αθήνα (Λεωφ. Συγγρού 173), σας ενημερώνει ότι η ίδια ή/ και τρίτοι κατ' εντολή και για λογαριασμό της, θα επεξεργάζονται τα προσωπικού χαρακτήρα δεδομένα σας της παρούσας αίτησης καθώς και τυχόν προσωπικά δεδομένα που θα συλλέξουν από εσάς στο πλαίσιο εκτέλεσης και διαχείρισης του συμβολαίου ασφάλισης, εφόσον εγκριθεί η παρούσα αίτησή σας. Σκοπός της επεξεργασίας αυτής είναι η αξιολόγηση της παρούσας αίτησης και, σε περίπτωση έγκρισης αυτής, η εξυπηρέτηση, υποστήριξη και παρακολούθηση των σχέσεων, βάσει του ανωτέρω συμβολαίου, η επεξεργασία απαιτήσεων και πληρωμών, η προάσπιση των συμφερόντων της ανωτέρω εταιρίας καθώς και η συμμόρφωση της με την ισχύουσα νομοθεσία και με τις εσωτερικές πολιτικές και διαδικασίες του Ομίλου της. Αποδέκτες των δεδομένων για τα στοιχεία που υποχρεούται ή δικαιούται η ανωτέρω εταιρία να ανακοινώνει βάσει νόμου ή δικαστικής αποφάσεως είναι, σε περίπτωση έγκρισης της παρούσας αίτησης, οι εποπτικές αρχές, οι δικαστικές αρχές, οι δημόσιοι λειτουργοί ή τυχόν τρίτοι, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους και για την εκτέλεση του συμβολαίου ασφάλισης, περιλαμβανομένων των ασφαλιστικών διαμεσολαβητών και των οργανωτικών μονάδων τους, στις περιπτώσεις που αυτές υφίστανται.</p> <p>Για τυχόν άσκηση των δικαιωμάτων σας που απορρέουν κυρίως από τα άρθρα 12 και 13 Ν. 2472/1997 (δικαιώματα πρόσβασης και αντίρρησης για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα αντίστοιχα) μπορείτε να επικοινωνείτε με την Ασφαλιστική Εταιρία στη διεύθυνση: Λεωφ. Συγγρού 173, 171 21 Ν. Σμύρνη , ή στο τηλέφωνο 210 3705300.</p> <p>Έχοντας ενημερωθεί κατά τα ανωτέρω σχετικά με την επεξεργασία προσωπικού χαρακτήρα δεδομένων μου, δηλώνω ότι δέχομαι να αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας από τις εταιρίες σας ή/ και τρίτους κατ' εντολήν και για λογαριασμό σας τα προσωπικά μου δεδομένα της παρούσας αίτησης καθώς και τυχόν προσωπικά δεδομένα που θα συλλεχθούν από εσάς στο πλαίσιο εκτέλεσης του συμβολαίου ασφάλισης, εφόσον εγκριθεί η παρούσα αίτησή μου.</p>

Υπογραφή Δηλούντος:.....

<p>Ασφαλίζονται στην ERGO και τα ακόλουθα οχήματα μου με αριθμό κυκλοφορίας ή ασφαλιστηρίου:</p> <p>Υπάρχουν στην ERGO και άλλες ασφαλίσσεις μου <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Αν ναι, αναφέρατε αρ. ασφαλιστηρίου:</p> <p>Ημερομηνία:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; background-color: #ccc;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; background-color: #ccc;"></div> </div> <p style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Υπογραφή Λήπτη της Ασφάλισης Υπογραφή Διαμεσολαβητή </p>
--