

Ασφάλιση Πυρός INTERAMERICAN Home

 Αίτηση έκδοσης ασφαλιστηρίου συμβολαίου

 Αίτηση τροποποίησης ισχύοντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου

Αριθμός Συμβολαίου:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

Για να εκδοθεί το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας, είναι υποχρεωτικό να συμπληρωθούν όλα τα πεδία της αίτησης ασφάλισης, καθώς αυτή αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του. Αν χρησιμοποιείται σαν αίτηση τροποποίησης, συμπληρώστε μόνο ό,τι διαφοροποιείται από την αρχική αίτηση.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ
Νομικό πρόσωπο: Νομική επωνυμία Α.Φ.Μ. | | | | | Δ.Ο.Υ.

Στοιχεία επικοινωνίας εκπροσώπου

Φυσικό πρόσωπο: Επώνυμο Όνομα Φύλο Α Γ

 Πατρώνυμο Ημ/νία γέννησης ^{HH}|^{MM}|^{EEEE} Α.Φ.Μ. | | | | | Δ.Ο.Υ.

 Ταυτότητα: Αστυνομική Στρατιωτική Άδειαπαραμονής Άλλο Α.Δ.Τ. | | | | |

Διαβατήριο | | | | | Εθνικότητα

Διεύθυνση αλληλογραφίας: Οδός & αριθμός Τ.Κ. | | | | Πόλη/Περιοχή

Τ.Θ. _ | _ | _ | _ | Τηλέφωνο | | | | | Κινητό | | | | | Fax | | | | |

E-mail Ευγενή φροντίδα

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ
Συμπληρώνεται μόνο αν ο Συμβαλλόμενος και ο Ασφαλιζόμενος δεν είναι το ίδιο πρόσωπο
Φυσικό πρόσωπο: Επώνυμο Όνομα Φύλο Α Γ

 Πατρώνυμο Ημ/νία γέννησης ^{HH}|^{MM}|^{EEEE} Α.Φ.Μ. | | | | | Δ.Ο.Υ.

 Ταυτότητα: Αστυνομική Στρατιωτική Άδειαπαραμονής Άλλο Α.Δ.Τ. | | | | |

Διαβατήριο | | | | | Εθνικότητα Ποσοστό συνιδιοκτησίας

Διεύθυνση αλληλογραφίας: Οδός & αριθμός Τ.Κ. | | | | Πόλη/Περιοχή

Τ.Θ. _ | _ | _ | _ | Τηλέφωνο | | | | | Κινητό | | | | | Fax | | | | |

E-mail Ευγενή φροντίδα

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ
Συμπληρώνεται μόνο αν υπάρχει Συνασφαλιζόμενος
Φυσικό πρόσωπο: Επώνυμο Όνομα Φύλο Α Γ

 Πατρώνυμο Ημ/νία γέννησης ^{HH}|^{MM}|^{EEEE} Α.Φ.Μ. | | | | | Δ.Ο.Υ.

 Ταυτότητα: Αστυνομική Στρατιωτική Άδειαπαραμονής Άλλο Α.Δ.Τ. | | | | |

 Διαβατήριο | | | | | Ημ/νία έκδοσης ^{HH}|^{MM}|^{EEEE} Εθνικότητα Επάγγελμα

Διεύθυνση αλληλογραφίας: Οδός & αριθμός Τ.Κ. | | | | Πόλη/Περιοχή

Τ.Θ. _ | _ | _ | _ | Τηλέφωνο | | | | | Κινητό | | | | | Fax | | | | |

E-mail Ευγενή φροντίδα

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Οδός & αριθμός Τ.Κ. | | | |

Πόλη Περιοχή

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

 Από 12:00 μ.μ. ^{HH}|^{MM}|^{EEEE}
Η ασφάλιση είναι ετήσιας διάρκειας
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
• νΑκείμενο προς ασφάλιση Κτίριο Περιεχόμενο Κτίριο & Περιεχόμενο

• Ενυπόθηκος δανεισμός ΝΑΙ ΟΧΙ

Τρ1ά)πεζα Ποσό €

Τρ2ά)πεζα Ποσό €

Τρ3ά)πεζα Ποσό €

• οΧαρισμός ασφαλιζόμενων κεφαλαίων (Επιλέξτε μόνο ένα τρόπο υπολογισμού κεφαλαίου)

Επιλογή 1 (με αξία ανά τ.μ. σε Α' κίνδυνο) κατασκλητήρις: Κτίριο €950/τ.μ. ή/και Περιεχόμενο €300/τ.μ.

 Τυπική κατασκευή: Κτίριο €1.200/τ.μ. ή/και Περιεχόμενο €400/τ.μ.

 Πολυτελής κατασκευή: Κτίριο €1.600/τ.μ. ή/και Περιεχόμενο €600/τ.μ.

Επιλογή 2 (με δηλωθέντα κεφάλαια): Κτίριο € Περιεχόμενο €

• οΉπι ασφαλίστικου προγράμματος INTERAMERICAN Home Basic INTERAMERICAN Home Classic

 INTERAMERICAN Home Extra INTERAMERICAN Home Total

• Επίπτωση απαλλαγής

- € 750 για κάθε καλυπτόμενη ηαίτια • 1 μήνας για καλύψεις οικονομικής στήριξης οικογένειας (INTERAMERICAN HOME TOTAL)
- € 5.000 για κάθε καλυπτόμενη ηαίτια • 2 μήνες για καλύψεις οικονομικής στήριξης οικογένειας (INTERAMERICAN HOME TOTAL)
- VIP Χωρίς καμία απαλλαγή

• Σχέση συμβαλλομένου ή/και ασφαλιζόμενου με την κατοικία:

- Μένω μόνιμα στην ασφ. κατοικία και μου ανήκει Μένω μόνιμα στην ασφ. κατοικία και είμαι ενοικιαστής
- Η ασφ. κατοικία είναι η εξοχική μου και μου ανήκει Η ασφ. κατοικία είναι η εξοχική μου και είμαι ενοικιαστής
- Η ασφ. κατοικία δεν κατοικείται και μου ανήκει (κενή) Η ασφ. κατοικία μου ανήκει και την ενοικιάζω σε τρίτους ως εξοχική κατοικία
- Η ασφ. κατοικία μου ανήκει και την ενοικιάζω σε τρίτους ως κύρια κατοικία

• Είδος:

- Ολόκληρη η οικοδομή / μονοκατοικία Πλήθος ορόφων.....
- Διαμέρισμα Όροφος..... Με στοιχεία

• Σκελετός οικοδομής:

- Μπετόν αρμέ Λιθόκτιστος Μεταλλικός Ξύλινος Άλλος

• Τιχεία κατοικίας:

- Συνολικά τ.μ. κύριων χώρων..... Έτος κατασκευής..... Έτος ανακατασκευής.....
- Οικοδομημένη με νόμιμη άδεια: ΝΑΙ ΟΧΙ Νομιμοποίηση μετά την ανέγερση: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΚΑΛΥΨΗ ΣΕΙΣΜΟΥ

- Με απαλλαγή 2% Με απαλλαγή 4%

Υπήρξαν ζημιές από σεισμό στο παρελθόν; ΝΑΙ ΟΧΙ Έγινε πλήρης αποκατάσταση των ζημιών με νόμιμη άδεια; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΛΥΨΕΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΚΑΛΥΨΕΙΣ	BASIC	CLASSIC	EXTRA	TOTAL
Πυρκαγιά, πυρκαγιά από δάσος, πτώση κεραυνού, καπνός	✓	✓	✓	
Πρόσκρουση οχήματος, πτώση αεροσκάφους, πτώση δένδρων, κλαδιών, στύλων συνεπεία καλυπτόμενων κινδύνων	✓	✓	✓	✓
Έκρηξη	✓	✓	✓	
Ζημιές στο λέβητα, καυστήρα κεντρικής θέρμανσης ή θερμοσίφωνα από έκρηξη		✓	✓	
Απεργίες, οχλαγωγίες, πολιτικές ταραχές, τρομοκρατικές ενέργειες, κακόβουλες ενέργειες τρίτων		✓	✓	
Πλημμύρα, καταιγίδα, θύελλα, χιονόπτωση, χαλαζόπτωση, παγετός, διαρροή/θραύση σωληνώσεων, κόστος διερευνητικών εργασιών και αντικατάσταση ζημιωθέντων τμημάτων σωληνώσεων		✓	✓	
Κάλυψη αναλογίας κοινόχρηστων		✓	✓	
Ασφάλιση βοηθητικών χώρων (χώροι στάθμευσης, αποθήκες)		✓	✓	
Θραύση τζαμιών/καθρεπτιών		✓	✓	
Βραχυκύκλωμα ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων κτιρίου και ηλεκτρικών συσκευών		✓	✓	
Ζημιές ηλεκτρονικών υπολογιστών και σχετικού εξοπλισμού		✓	✓	
Ζημιές σε συλλέκτες ηλιακής ενέργειας και ανεμογεννήτριες		✓	✓	
Έξοδα πυρόσβεσης και περιορισμού της ζημιάς. Έξοδα καθαιρέσεων, κατεδαφίσεων και αποκομιδής ερειπίων μετά από ζημιά		✓	✓	
Προσωπικό ατύχημα ασφαλιζόμενου και οικογένειας		✓	✓	
Δαπάνες μεταστέγασης		✓	✓	
Δαπάνες αποθήκευσης περιεχομένου μετά από ζημιά (μέχρι 6 μήνες)		✓	✓	
Δαπάνες νομικής υποστήριξης		✓	✓	
Δαπάνες έκδοσης οικοδομικών αδειών		✓	✓	
Γενική αστική ευθύνη			✓	
Αστική ευθύνη έναντι τρίτων συνεπεία πυρκαγιάς, έκρηξης, πλημμύρας, καταιγίδας, θύελλας και διαρροής σωληνώσεων			✓	
Αστική ευθύνη έναντι του ιδιοκτήτη συνεπεία πυρκαγιάς, έκρηξης, πλημμύρας, διαρροής/θραύσης σωληνώσεων			✓	✓
Ληστεία ή κλοπή περιεχομένου μετά από διάρρηξη			✓	✓
Ζημιές στο κτίριο από την προσπάθεια κλοπής / ληστείας			✓	✓
Κλοπή μετά από διάρρηξη αντικειμένων σε προσωρινή διαμονή			✓	✓
Ασφάλιση έκτακτου περιεχομένου & δώρων σε περίοδο γάμου, βάπτισης, Χριστουγέννων			✓	✓
Δόση στεγαστικών δανείων μετά από ζημιά (μέχρι 6 μήνες)			✓	✓
Απώλεια ενοικίων μέχρι 12 μήνες μετά από ζημιά (αφορά ιδιοκτήτη που δεν κατοικεί)				
Πληρωμή ενοικίων μέχρι 6 μήνες μετά από ζημιά (αφορά ενοικιαστή)				
Έξοδα οικογενειακού προϋπολογισμού μετά από φυσική καταστροφή				
Δόση πιστωτικών καρτών και καταναλωτικών δανείων (μέχρι 6 μήνες)				
Ζημιές κατά τη μετακόμιση & επέκταση ασφάλισης σε νέα κατοικία μέχρι 1 μήνα				
Αμοιβή ψυχολόγου/παιδοψυχολόγου μετά από ολική ζημιά ή ληστεία				
Ασφάλιση κατοικιδίων μετά από ζημιά				✓
Κάθε άλλο τυχαίο ζημιόγono γεγονός (ισχύει για κατοικίες οικοδομημένες μετά το 2000)				✓

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Παράλληλη ασφάλιση σε άλλη εταιρία; ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ, αναφέρατε εταιρίες, ποσά και λήξη.....

Προηγούμενες ζημιές στα ασφαλιζόμενα αντικείμενα κατά την τελευταία 5ετία (στην ίδια ή σε άλλη τοποθεσία); ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, χρονολογία και είδος ζημιών;

ΤΡΟΠΟΣ & ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

Πιστωτική κάρτα

INTERAMERICAN MASTERCARD

MASTERCARD (εκτός INTERAMERICAN)

VISA

Στοιχεία κατόχου πιστωτικής κάρτας: Επώνυμο Όνομα Α.Φ.Μ. | | | | | | | | | |

Αριθμός κάρτας _ | | | | | | | | | |

Ημ/νία λήξης | | | -

Κάθε χρόνο

Κάθε εξάμηνο

Εξουσιοδοτώ την INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε. να εξοφλεί τα ασφάλιστρα του συμβολαίου που θα εκδοθεί με βάση αυτήν την πρόταση ασφάλισης, καθώς και όλων των ανανεώσεών του. Η εξόφληση θα γίνεται με χρέωση της πιστωτικής μου κάρτας με βάση τα παραπάνω στοιχεία καθώς και οποιας κάρτας εκδίδεται σε αντικατάστασή της. Η εξουσιοδότηση αυτή ισχύει μέχρι η Εταιρία να παραλάβει έγγραφη δήλωσή μου, με την οποία θα ανακαλώ την παρούσα, τουλάχιστον 15 μέρες πριν από την ημερομηνία οφειλής. Επίσης, η εξουσιοδότηση αυτή, αναιρεί κάθε προηγούμενη εντολή χρέωσης με άλλη πιστωτική κάρτα.

Ημερομηνία _____

Υπογραφή Συμβαλλόμενου _____

Υπογραφή Κατόχου Πιστωτικής Κάρτας _____

Μετρητά

Κάθε χρόνο

Κάθε εξάμηνο

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

Εάν η εξόφληση των ασφαλιστρών μου γίνεται με πάγια εντολή (πιστωτική κάρτα ή λογαριασμός) τα χρήματα επιστρέφονται στην πιστωτική ή στον λογαριασμό αυτής της πάγιας εντολής. Σε διαφορετική περίπτωση τα χρήματα θα κατατεθούν από την Εταιρία στο λογαριασμό μου με τα παρακάτω στοιχεία:

Τράπεζα:

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | |

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ (Άρθρο 150 Ν. 4364/2016)

Πλήρης επωνυμία της Ασφαλιστικής Εταιρίας που παρέχει την κάλυψη είναι η «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.». Αρ. Γ.Ε.ΜΗ. 305801000, Α.Φ.Μ. 094045552, Δ.Ο.Υ. ΦΑΕ ΑΘΗΝΩΝ.

Καταστατική έδρα της Εταιρίας βρίσκεται στην Ελλάδα, στο Μαρούσι Αττικής, οδός Αγ. Κωνσταντίνου 57. Τα κεντρικά της γραφεία βρίσκονται στο Δήμο Αθηναίων, επί της Λεωφόρου Συγγρού 124-126.

Στην περίπτωση μη υποχρεωτικής εκ του νόμου σύμβασης ασφάλισης και όπου υπάρχει δυνατότητα επιλογής μεταξύ περισσότερων δικαιών κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, λόγω στοιχείων αλληλεπίδρασης και σύγκρουσης δικαιών κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατ' εφαρμογή του Άρθρου 7 παρ. 3 του Κανονισμού (ΕΚ) 593/2008, η Εταιρία προτείνει ως εφαρμοστέο Δίκαιο της σύμβασης ασφάλισης, το Ελληνικό. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις (όπου, δηλαδή, δεν εμφανίζονται στοιχεία αλληλεπίδρασης και σύγκρουσης δικαιών κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης) εφαρμόζεται το Ελληνικό Δίκαιο. Αρμόδια Δικαστήρια είναι τα Δικαστήρια των Αθηνών.

Η Εταιρία διαθέτει σύστημα διαχείρισης αιτιάσεων, σύμφωνα με την Πράξη 88/05.04.2016 της Εκτελεστικής Επιτροπής της Τράπεζας της Ελλάδος.

«Αιτία» θεωρείται η γραπτή δήλωση δυσαρέσκειας από πρόσωπο που σχετίζεται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που παρέχονται από την Εταιρία. Οι αιτίσεις υποβάλλονται ως εξής:

- Με e-mail στο complaintservice@interamerican.gr
- Με fax στο 210-946 1034

αυθρομικά προς το Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών, Λεωφόρος Συγγρού 124-126, Τ.Κ. 117 82 Αθήνα.

Η Εταιρία, μόλις παραλάβει την αίτηση, αποστέλλει γραπτή επιβεβαίωση παραλαβής. Η Εταιρία απαντά στην αίτηση, το αργότερο εντός πενήντα (50) ημερολογιακών ημερών μέρες από την ημερομηνία υποβολής του.

Οι αιτίσεις της Ασφάλισης ή/ και ο Ασφαλισμένος διατηρούν τη δυνατότητα να προσφύγουν στο Συνήγορο του Καταναλωτή, με υπογεγραμμένη αναφορά, η οποία υποβάλλεται μέσα σε τρεις (3) μήνες από τότε που ο Λήπτης της Ασφάλισης ή/ και ο Ασφαλισμένος έλαβε γνώση της καταναλωτικής διαφοράς. Ωστόσο, ο Λήπτης της Ασφάλισης ή/ και ο Ασφαλισμένος διατηρούν πάντα τη δυνατότητα απευθείας προσφυγή στην Ελληνική Δικαιοσύνη σύμφωνα με τα αναφερόμενα στην παραπάνω παράγραφο 3.

Προς την
INTERAMERICAN
Ελληνική Εταιρία
Ασφαλίσεων Ζημιών Α.Ε.

Έδρα:
Αγ. Κωνσταντίνου 57
151 24 Μαρούσι

Κεντρικά Γραφεία:
Λ. Συγγρού 124-126
117 82 Αθήνα

Τηλ. Κέντρο: 2109461111

Fax: 210 9461053

e-mail:
retail.zimion@interamerican.gr

www.interamerican.gr

• Οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις και ακριβείς και δεν παρέλειψα περιστατικό ή στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει την εκτίμηση του κινδύνου από την Εταιρία.

• Πριν από τη σύναψη της σύμβασης ασφάλισης, έλαβα γνώση του των πληροφοριών που περιέχονται στο «Ενημερωτικό Έντυπο Άρθρου 150 Ν. 4364/2016».

Ενημερώθηκα:

• Ότι η αίτηση ασφάλισης, ενώ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης, δεν αποτελεί συμβόλαιο και δεν παρέχει ασφαλιστική κάλυψη.

• Ότι για να ισχύει η κάλυψή μου, θα πρέπει η Εταιρία να αποδεχτεί την αίτηση αυτή.

• Ότι η κάλυψη δεν αρχίζει πριν καταβληθεί το οφειλόμενο ασφάλιστρο που θα αναφέρεται στην ειδοποίηση πληρωμής.

Σχετικά με τα προσωπικά μου δεδομένα, ενημερώθηκα και αποδέχομαι ότι η Εταιρία:

• Διατηρεί και επεξεργάζεται αρχείο με προσωπικά δεδομένα των Ασφαλισμένων της, στα οποία μπορεί, κατά περίπτωση, να περιλαμβάνονται και τα ευαίσθητα, με σκοπό την ομαλή λειτουργία και εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης.

• Μπορεί να χρησιμοποιεί τα προσωπικά μου δεδομένα, εκτός των ευαίσθητων, καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας που έχω δηλώσει, για προωθητικές ενέργειες δικές της ή τρίτων, καθώς και για έρευνες ικανοποίησης πελατών που διενεργεί ή ίδια ή μέσω τρίτων.

• Αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων μπορούν να είναι τα πρόσωπα που διαμεσολαβούν για τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης, δημόσιες αρχές με βάση τις επιταγές του νόμου ή δικαστικών αποφάσεων, η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών, η Υ.Σ.Α.Ε., τα ασφαλιστικά ταμεία, πρόσωπα που έχουν δικαιώματα από τις ασφαλιστικές συμβάσεις, πραγματογνώμονες, γιατροί, δικηγόροι, δικαστικοί επιμελητές, κ.λπ.

Σχετικά με το Εφαρμοστέο Δίκαιο αποδέχομαι την πρόταση της Εταιρίας για εφαρμογή του Ελληνικού Δικαίου στη σύμβαση ασφάλισης. Αποκλειστικά αρμόδια θα είναι τα Δικαστήρια της Αθήνας.

Γνωρίζω ότι ως Ασφαλισμένος, έχω το δικαίωμα:

• Να λαμβάνω τα στοιχεία που με αφορούν προσωπικά, έπειτα από γραπτό αίτημά μου, και έναντι ποσού που θα καθορίσει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

• Να προβάλλω τυχόν εύλογες αντιρρήσεις, σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 13 του Νόμου 2472/1997, όπως ισχύει, εντός των πλαισίων λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης.

• Να καταργήσω οποτεδήποτε το δικαίωμα της Εταιρίας να χρησιμοποιεί τα προσωπικά μου δεδομένα για προωθητικές ενέργειες ή έρευνες, δικές της ή τρίτων.

Οι παραπάνω δηλώσεις μου ισχύουν για κάθε ανανέωση της ασφαλιστικής μου σύμβασης, εκτός και αν τις τροποποιήσω με έγγραφό μου, που γίνει αποδεκτό από την Εταιρία. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, επιθυμώ να εκδώσετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

Τόπος

Υπογραφή Συμβαλλόμενου _____

Υπογραφή Ασφαλιζόμενου _____

Ημερομηνία | | | | | | | | | |

Βεβαιώνω ότι η παρούσα αίτηση συμπληρώθηκε και υπογράφηκε από τον αιτούντα παρουσία μου

Κ.Α. Συνεργάτη | | | | |

Υπογραφή Συνεργάτη _____

Υπογραφή Συντονιστή _____