

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ

Συνεργάτης (Όνοματεπώνυμο)	Κωδικός	Υποκωδικός
Αριθμός ασφαλιστηρίου		

- Πρόταση Ασφάλισης Κοινόχρηστων Χώρων Πολυκατοικίας
 Τροποποίηση Ασφαλιστηρίου Κοινόχρηστων Χώρων Πολυκατοικίας

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
	ΑΦΜ	Δ.Ο.Υ.	Επάγγελμα
	Διεύθυνση (οδός- αριθμός-περιοχή-Τ.Κ.)		Πόλη
	Τηλ. Κατοικίας	Τηλ. Εργασίας	Τηλ. Κινητό
	Ηλεκτρ. Ταχυδρομείο (e-mail)		Fax

Διάρκεια ασφάλισης	Έναρξη ασφάλισης (00:00):	Λήξη ασφάλισης (00:00):
--------------------	---------------------------	-------------------------

Διεύθυνση κινδύνου	Οδός	Αριθμός	Περιοχή / Πόλη	T.K.
--------------------	------	---------	----------------	------

Περιγραφή οικοδομής	Χρήση οικοδομής					
	<input type="checkbox"/> Μόνο κατοικίες <input type="checkbox"/> Κατοικίες και καταστήματα <input type="checkbox"/> Κατοικίες και γραφεία <input type="checkbox"/> Κατοικίες, γραφεία και καταστήματα					
	Κατασκευή σκελετού		Κατασκευή τοίχων		Κατασκευή στέγης	
	<input type="checkbox"/> Μπετόν αρμέ <input type="checkbox"/> Άλλο		<input type="checkbox"/> Μπετόν- τούβλα <input type="checkbox"/> Άλλο		<input type="checkbox"/> Μπετόν- ταρατσα <input type="checkbox"/> Άλλο	
	Συνολικό εμβαδόν οικοδομής		Συνολικό εμβαδόν κοινόχρηστων χώρων		Έτος κατασκευής	
	Χρήση υπογείου		Χρήση ισογείου		Χρήση ορόφων	
	Αριθμός διαμερισμάτων/γραφείων/καταστημάτων					
	Υπάρχουν ανελκυστήρες;		Υπάρχει πισίνα;		Υπάρχουν εξωτερικά μάρμαρα;	
<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		
Το κτίριο έχει ανεγερθεί με νόμιμη οικοδομική άδεια;		<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι				



Μέτρα προστασίας	Φορητοί πυροσβεστήρες	Πυροσβεστικές φωλιές	Πυρανίχνευση	Σύστημα συναγερμού
	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Άλλα μέτρα				

Ασφαλιζόμενες αξίες	Οικοδομή/κτίριο:	€
	Βελτιώσεις κτιρίου:	€
	Περιεχόμενο	€

Τρόπος πληρωμής ασφαλιστρών	<input type="checkbox"/> Εφάπαξ <input type="checkbox"/> Εξάμηνος <input type="checkbox"/> Τρίμηνος (για την ασφάλιση αστικής ευθύνης ισχύει μόνο εφάπαξ καταβολή ασφαλιστρών)	
	Πρώτη Έκδοση Ασφαλιστηρίου	
	<input type="checkbox"/> Μέσω ασφαλιστικού διαμεσολαβητή Μέσω συστήματος πληρωμών ERGO	<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"/> Ταχυπληρωμή ΕΛΤΑ ή σύστημα ΔΙΑΣ <input type="checkbox"/> Πάγια εντολή πιστωτικής κάρτας <input type="checkbox"/> Πάγια εντολή τράπεζας

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Κλάδος Περιουσίας	Είναι επιθυμητή η ασφάλιση περιουσίας;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
	Επιλογή ασφαλιστικού προγράμματος:	<input type="checkbox"/> Υπερασφάλεια 1 <input type="checkbox"/> Υπερασφάλεια 2
	Πρόσθετες προαιρετικές καλύψεις	<input type="checkbox"/> Φωτιά και ζημιές από σεισμό <input type="checkbox"/> Πολιτικοί κίνδυνοι (ισχύει για Υπερασφάλεια 1) <input type="checkbox"/> Νομική προστασία από την DAS HELLAS
Κλάδος Αστικής Ευθύνης (Α.Ε. Διαχειριστή)	Είναι επιθυμητή η ασφάλιση αστικής ευθύνης;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Α <input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Β <input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Γ <input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Δ <input type="checkbox"/> Άλλο (αναφέρατε παρακάτω επιθυμητά όρια ασφάλισης)	
	Σωματικές βλάβες κατ' άτομο	€
	Σωματικές βλάβες κατά γεγονός	€
	Υλικές ζημιές τρίτων	€
Ανώτατο όριο ευθύνης για την εταιρία	€	
Άλλες πληροφορίες	Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για την ίδια οικοδομή; Αν ναι, δηλώστε εταιρία, ασφαλισμένο ποσό και λήξη	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Ασφ. Εταιρία: Ποσό: Ημ. λήξης:
	Αναφέρετε με λεπτομέρεια ιστορικό ζημιών των τελευταίων πέντε (5) ετών (αιτία, ύψος, αποζημίωση, μέτρα που λήφθηκαν κατόπιν). Ειδικά για την κάλυψη του σεισμού, αναφέρατε πλήρες ιστορικό ζημιών από το έτος κατασκευής του ασφαλιζόμενου κτιρίου, ή του κτιρίου όπου στεγάζονται τα ασφαλισμένα αντικείμενα μέχρι σήμερα. Σε περίπτωση που δεν αναφέρετε ζημιές, για το χρονικό διάστημα που ζητείται πιο πάνω, τότε θα θεωρηθεί ότι δεν υπήρξε καμία ζημιά.	
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 κλάδου Περιουσίας ή/και Αστικής Ευθύνης. 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 προηγούμενως 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 Περιουσίας ή/και Αστικής Ευθύνης</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 πρόσπιση 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 η 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> <p>Υπογραφή Δηλούντος.....</p>	
	<p>Ασφαλιζονται στην ERGO και τα ακόλουθα οχήματα μου με αριθμό κυκλοφορίας ή ασφαλιστηρίου:</p> <p>.....</p> <p>Υπάρχουν στην ERGO και άλλες ασφαλίσεις μου <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Αν ναι, αναφέρατε αρ. ασφαλιστηρίου:</p> <p>Ημερομηνία:</p> <p> </p> <p>Υπογραφή Λήπτη της Ασφάλισης Υπογραφή Διαμεσολαβητή</p>	