

## ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ

Συνεργάτης (Ονοματεπώνυμο)	Κωδικός	Υποκωδικός
Αριθμός ασφαλιστηρίου		

- Πρόταση Ασφάλισης ΞΕΝΙΟΣ ΔΙΑΣ  
 Αίτηση Τροποποίησης Ασφάλισης ΞΕΝΙΟΣ ΔΙΑΣ

**Παρακαλώ συμπληρώστε την αίτηση με κεφαλαία γράμματα.**

Στοιχεία λήπτη της ασφάλισης	<input type="checkbox"/> Φυσικό πρόσωπο <input type="checkbox"/> Νομικό πρόσωπο	Κωδ. Πελάτη		Κωδ. Ενεχυρούχου	
	Όνοματεπώνυμο/Επωνυμία			Πατρώνυμο	
	Διεύθυνση (Οδός- αριθμός-πόλη-τ.κ.)			Τηλέφωνο	
	Επάγγελμα	ΑΦΜ		Δ.Ο.Υ.	
	Ηλεκτρ. Ταχυδρομείο (e-mail)				

Στοιχεία ασφαλισμένου (αν είναι διαφορετικός από το λήπτη της ασφάλισης)	<input type="checkbox"/> Φυσικό πρόσωπο <input type="checkbox"/> Νομικό πρόσωπο	Κωδ. Πελάτη		Κωδ. Ενεχυρούχου	
	Όνοματεπώνυμο			Πατρώνυμο	
	Διεύθυνση (Οδός- αριθμός-πόλη-τ.κ.)			Τηλέφωνο	
	Επάγγελμα	ΑΦΜ		Δ.Ο.Υ.	
	Ηλεκτρ. Ταχυδρομείο (e-mail)				

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



Πρόσθετα στοιχεία ασφαλισμένου	Ημ/νία γέννησης	Αριστερόχειρας	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	
	Βάρος	Ύψος		
	Έχετε προγραμματίσει κάποια εξωνοσοκομειακή θεραπεία ;			<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
	Έχετε νοσηλευτεί ή χειρουργηθεί κατά την τελευταία πενταετία ;			<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
	Λαμβάνετε κάποια χειρουργική αγωγή για : Α. Σοβαρή ασθένεια όπως : Καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος, νευρολογικές παθήσεις, διαβήτη, παθήσεις νεφρών ή οποιαδήποτε άλλη σοβαρή χρόνια ασθένεια/ανωμαλία ; Β. Λοιμώδεις, μεταδοτικές ή παρασιτικές ασθένειες ;			<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
	Είστε ήδη συνταξιούχος ή έχετε κάνει αίτηση για συνταξιοδότηση για λόγους ασθένειας ή αναπηρίας ;			<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
	Έχει απορριφθεί στο παρελθόν αίτησή σας για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, Ασφάλιση Ζωής ή άλλη προσωπική ασφαλιστική κάλυψη ;			<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
	Αισθάνεστε σήμερα υγιής ;			<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι

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

Άλλες πληροφορίες	Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια Προσωπικών Ατυχημάτων και Υγείας ; Αν ναι, δηλώστε εταιρίες, ασφαλισμένα ποσά και λήξη		
	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Ασφ. Εταιρία:	Ποσό: <span style="float: right;">Ημ. λήξης:</span>
	<b>Αναφέρετε με λεπτομέρεια ιστορικό ζημιών των τελευταίων πέντε (5) ετών (αιτία, ύψος, αποζημίωση)</b>		

**ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ**

<b>Τροποποιήσεις επί υπάρχοντος συμβολαίου</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ακύρωση ασφαλιστηρίου συμβολαίου</b> / /
	Αιτιολογία
	<input type="checkbox"/> <b>Άλλες αλλαγές</b>

<b>Δηλώσεις</b>	<p>Παρακαλώ με βάση τα στοιχεία που δήλωσα να εκδώσετε ασφαλιστήριο κλάδου Προσωπικού Ατυχήματος. 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 έγγραφό μου προς την εταιρία σας.</p> <p>Συμφωνώ και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα όλους τους γενικούς και ειδικούς όρους που αναγράφονται ή επισυνάπτονται στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο / πρόσθετη πράξη που πρόκειται να εκδοθεί, ανεξάρτητα εάν αυτό φέρει την υπογραφή μου, καθώς επίσης γνωρίζω και αποδέχομαι όλους τους ενιαίους όρους ασφάλισης Ασφαλιστηρίου συμβολαίου Προσωπικού Ατυχήματος.</p>
	<p><b>ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ</b></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>
	<p>Υπογραφή Δηλούντος.....</p>
	<p>Ασφαλίζονται στην <b>ERGO</b> και τα ακόλουθα οχήματα μου με αριθμό κυκλοφορίας ή συμβολαίου:</p> <p>.....</p> <p>Υπάρχουν στην ERGO και άλλες ασφαλίσεις μου <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Αν ναι, αναφέρατε αρ. συμβολαίου: .....</p> <p>Ημερομηνία:</p>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">               Υπογραφή Λήπτη της Ασφάλισης         </div> <div style="text-align: center;">               Υπογραφή Διαμεσολαβητή         </div> </div>