



(Για Εσωτερική Χρήση Μόνο)						
Αρ. Λογαριασμού	Αρ. Ασφαλισμένου	U/W	Εγγυήσεις	Οπισθογραφίες	Άλλες Οδηγίες	Αριθμός Συμβολαίου

Όροι Πληρωμής	Άμεση Εξόφληση	Εντός 90 ημερών	Με Δόσεις (και προκαταβολή)	Άλλοι Όροι Πληρωμής
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΠΡΟΤΑΣΗ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΤΕ «✓» ΣΤΑ ΤΕΤΡΑΓΩΝΑ ΟΠΟΥ ΙΣΧΥΟΥΝ

1.	ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΛΑΒΟΥ	
	ΠΛΗΡΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	
	ΑΡ. ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ	
	ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ	EMAIL:
2.	ΕΙΝΑΙ Ο ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ Ο ΚΥΡΙΟΣ ΕΡΓΟΛΑΒΟΣ Ή ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΟΣ;	
3.	ΟΝΟΜΑ ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ / ΕΡΓΟΔΟΤΗ	
4.	ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΕΡΓΟΥ (ΠΛΗΡΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ/ ΑΡ. ΟΙΚΟΠΕΔΟΥ)	
5.	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	
6.	ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΕΡΓΟΥ	
7.	ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ	
8.	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ ΠΟΣΟ	
	Α. ΑΞΙΑ ΕΡΓΟΥ	€
	Β. ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΕΡΕΙΠΙΩΝ	€ %
	Γ. ΑΜΟΙΒΕΣ ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΩΝ	€ %
	Δ. ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΑ ΚΤΙΡΙΑ	€
9.	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΩΝ ΚΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	
10.	ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΩΝ	
	Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	
	Β. ΑΞΙΑ	€
	Γ. ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ	
	Δ. ΑΝ ΟΧΙ ΟΙ ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΟΙ ΕΡΓΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΔΙΚΟ ΤΟΥ ΞΕΧΩΡΙΣΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ;	
11.	ΑΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΗΛΩΣΤΕ ΤΟ ΟΡΙΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ / <input type="checkbox"/> ΟΧΙ €
12.	ΒΑΘΟΣ ΑΝΑΣΚΑΦΩΝ ΕΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ	
13.	ΜΕ ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΘΑ ΓΙΝΟΥΝ ΟΙ ΑΝΑΣΚΑΦΕΣ; ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΕΚΔΟΧΗ ΜΕ ΑΝΑΤΙΝΑΞΕΙΣ;	
14.	ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ ΤΡΙΤΩΝ;	
15.	ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ; (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΗΛΩΣΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ)	
16.	ΠΟΥ ΕΙΣΤΕ ΣΗΜΕΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της Πρότασης που μαζί αποτελούν την Βάση του Ασφαλιστηρίου που μπορεί να εκδοθεί .
(Όλες οι αναφορές στον ενικό, επίσης, σημαίνουν τον πληθυντικό, εκτός εάν το κείμενο απαιτεί διαφορετικά)

Δηλώνω ότι οι απαντήσεις και πληροφορίες που δόθηκαν σε αυτή την Πρόταση Ασφάλισης είναι ορθές και ότι δεν έχω αποκρύψει ουσιώδεις πληροφορίες σχετικά με αυτή την Πρόταση. Συμφωνώ όπως η παρούσα Δήλωση καθώς και οι απαντήσεις και πληροφορίες που δόθηκαν πιο πάνω, καθώς και οποιαδήποτε άλλη πληροφορία ή δήλωση ή αναφορά που έγινε από εμένα ή από οποιονδήποτε που ενεργεί εκ μέρους μου θα αποτελούν τη βάση του Ασφαλιστηρίου που μπορεί να εκδοθεί εκ μέρους μου από την Eurosure Insurance Company Ltd (πιο κάτω ως η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosure ή η Εταιρεία) και συμφωνώ περαιτέρω ότι θα δεχθώ αποζημίωση τηρουμένων των όρων και Προϋποθέσεων που θα περιέχονται μέσα στο και/ή που οπισθογραφούνται στο Ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί.

Δηλώνω ότι οποιονδήποτε Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής ή άλλος Εκπρόσωπος ή Υπάλληλος της Ασφαλιστικής Εταιρείας Eurosure ο οποίος με βοήθησε στην συμπλήρωση της Πρότασης Ασφάλισης και/ή συμπλήρωσε την Πρόταση Ασφάλισης ή οποιονδήποτε άλλο Έντυπο εκ μέρους μου και/ή με βοήθησε για την παροχή οποιωνδήποτε πληροφοριών στην Εταιρεία με σκοπό την παροχή προσφοράς και/ή ασφαλιστικής κάλυψης σε μένα, ενεργεί εκ μέρους μου.

Δηλώνω ότι οι καλύψεις που θα προσφέρονται καθώς και οι υποχρεώσεις και ευθύνες μου κάτω από το σχετικό Ασφαλιστήριο έχουν εξηγηθεί πλήρως σε μένα από τον πιο κάτω κατονομαζόμενο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής ή από Εκπρόσωπο ή Υπάλληλο της Ασφαλιστικής Εταιρείας Eurosure και ικανοποιούν πλήρως τις ασφαλιστικές μου ανάγκες σχετικά με το αντικείμενο της ασφάλισης.

Δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι πως η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosure δεν είναι υποχρεωμένη να αποδεχτεί και να παρέχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Κάλυψη με βάση την παρούσα Πρόταση και οποιαδήποτε Ασφαλιστική Κάλυψη θα είναι σε ισχύ μόνο μετά από την γραπτή αποδοχή και επιβεβαίωση από την Εταιρεία.

Αναγνωρίζω ότι με βάση τις πρόνοιες του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ) (ΕΕ) 2016/679 ή οποιονδήποτε άλλο Νόμο ή άλλο κανονισμό που τον τροποποιεί ή τον αντικαθιστά, η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosure, σαν υπεύθυνοι επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του ΓΚΠΔ, μπορεί να συλλέγει και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα για τον αποκλειστικό σκοπό της παροχής των υπηρεσιών που ζητώ από την Εταιρεία. Η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosure μπορεί να μεταβιβάσει/επεξεργαστεί τα προσωπικά μου δεδομένα σε τρίτους στο βαθμό που αυτό απαιτείται για την εκτέλεση σύμβασης, λόγω νομικών υποχρεώσεων και έννομου συμφέροντος.

Δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι πως τα πιο πάνω αναφερόμενα προσωπικά, εμπιστευτικά ή ευαίσθητα στοιχεία που έχουν δοθεί ή θα δοθούν στο μέλλον στην Εταιρεία από εμένα/εμάς ή έχουν εξασφαλιστεί από τρίτους ή έχουν εξαχθεί από άλλες ασφάλειες, άλλες Εταιρείες ή άλλες πληροφορίες με σκοπό την παροχή υπηρεσιών σε εμένα/εμάς μπορεί να δοθούν σε Τρίτους, άλλους ασφαλιστές, ασφαλιστικούς και αντασφαλιστικούς διαμεσολαβητές όπως εκτιμητές, νομικοί σύμβουλοι, γιατροί, ασφαλιστικοί σύμβουλοι, ελεγκτές, αντασφαλιστές με σκοπό την παροχή σ' εμένα της υπηρεσίας και την εκπλήρωση των απορροώντων καθηκόντων.

Συγκατάθεση - Ευαίσθητα Προσωπικά Δεδομένα

Σύμφωνα με τις υποδείξεις των άρθρων 5,6,7 και 9 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων, δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι ότι η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosure επιβάλλεται να συλλέγει, ν' αξιολογεί και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα, τα οποία αφορούν θέματα υγείας, ώστε να προχωρήσει στην εκπόνηση του κατάλληλου προγράμματος ασφάλισης. Η αξιολόγηση των προσωπικών δεδομένων μου τέτοιου χαρακτήρα θα επιτρέψει στην Ασφαλιστική Εταιρεία Eurosure τόσο την αποδοχή ή όχι της αίτησης ασφάλισης όσο και τον υπολογισμό του ασφάλιστρου, που αναλογεί στον αναλαμβανόμενο κίνδυνο.

Δηλώνω ότι αντιλαμβάνομαι ότι, για την ομαλή λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης τόσο κατά το στάδιο της εκτίμησης του κινδύνου αλλά και κυρίως κατά την επέλευση του ασφαλιστικού γεγονότος, η συγκατάθεσή μου καλύπτει τόσο τη λήψη όσο και τη διαβίβαση ευαίσθητων δεδομένων από και προς τρίτους (όπως Ασφαλιστικά Ταμεία, Νοσοκομεία, Διαγνωστικά Κέντρα, κ.λπ.).

Τα προσωπικά δεδομένα μου θα αρχειοθετούνται για το ελάχιστο χρονικό διάστημα, που απαιτείται σύμφωνα με τις συμβατικές ή νομικές υποχρεώσεις της εταιρείας.

Αντιλαμβάνομαι πως στην περίπτωση κατά την οποία δεν επιθυμώ να συγκατατεθώ στην επεξεργασία των ειδικών προσωπικών δεδομένων μου, που αφορούν θέματα υγείας, η ασφαλιστική εταιρεία μπορεί να απορρίψει την αίτηση για ασφάλιση. Έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή επικοινωνώντας γραπτώς με τον υπεύθυνο προστασίας δεδομένων της Εταιρείας στην ταχυδρομική διεύθυνση της Εταιρείας ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@eurosure.com

Δήλωση Συγκατάθεσης

- Συγκατατίθεμαι όπως η Eurosure Insurance Company Ltd επεξεργαστεί τα ειδικού τύπου προσωπικά δεδομένα μου με σκοπό την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών

Υπογραφή Προτείνοντα

Ημερομηνία

Υπογραφή Προτείνοντα

Ημερομηνία

Όνομα Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

Το Έντυπο αυτό δεν δεσμεύει την Εταιρεία να εκδόσει οποιοδήποτε Ασφαλιστήριο ή Κάλυψη