

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΛΑΔΟΥ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ (ΓΙΑ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΕΣ ΦΟΡΤΩΣΕΙΣ)

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις

ΑΡ. ΑΙΤΗΣΗΣ: _____ ΑΡ. ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Επώνυμο / Επωνυμία Εταιρίας: _____ Όνομα: _____

Πατρώνυμο: _____ Ημερ. Γεν. / Ίδρυσης Εταιρίας: _____

Επάγγελμα: _____

ΑΔΤ/Διαβατήριο/Αρ. ΓΕΜΗ: _____ ΑΦΜ: _____ ΔΟΥ: _____

Δ/ση Αλληλογραφίας: _____ Πόλη: _____ ΤΚ: _____

e-mail: _____ Τηλ: _____ Κινητό: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο / Επωνυμία Εταιρίας: _____ Όνομα: _____

Πατρώνυμο: _____ Ημερ. Γεν. / Ίδρυσης Εταιρίας: _____

Επάγγελμα: _____

ΑΔΤ/Διαβατήριο/Αρ. ΓΕΜΗ: _____ ΑΦΜ: _____ ΔΟΥ: _____

Δ/ση Αλληλογραφίας: _____ Πόλη: _____ ΤΚ: _____

e-mail: _____ Τηλ: _____ Κινητό: _____

Στην περίπτωση που οι Ασφαλιζόμενοι είναι περισσότεροι του ενός, σημειώστε:

Ο εκάστοτε νόμιμος ιδιοκτήτης του μεταφερόμενου εμπορεύματος

ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Στοιχεία: _____

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ημερομηνία έναρξης: _____ Ημερομηνία λήξης: _____

ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Τόποι φορτώσεων (από): _____ Προμηθευτικός οίκος: _____

Τόποι προορισμού (προς): _____ Μεταφόρτωση: _____

2. Αναλυτική περιγραφή εμπορευμάτων (Διευκρινίστε επιπλέον εάν είναι καινούργια ή μεταχειρισμένα και αν ανήκουν στο λήπτη ασφάλισης ή στον εκάστοτε νόμιμο ιδιοκτήτη): _____

3. Τρόπος αγοράς ή πώλησης εμπορευμάτων π.χ. CIF, FOB, C+F, EXW, FOT, _____

4. Συσκευασία: _____

5. Ασφαλιζόμενο ποσό (επιλογή) / νόμισμα:

α. Τιμολογιακή αξία	_____
β. Τιμολογιακή αξία + 10%	_____
γ. Τρέχουσα πραγματική αξία	_____

6. Τα ασφαλισμένα αντικείμενα ασφαλιζονται για το σύνολο της αξίας τους; Ναι Όχι

Εάν απαντήσατε όχι,

A. Σημειώστε το αιτούμενο ποσοστό συμμετοχής της ΑΕΓΑ Ευρωπαϊκή Πίστη στον κίνδυνο: _____

B. Σημειώστε τις υπόλοιπες συνασφαλίστριες εταιρίες και τα ποσοστά συμμετοχής τους στον κίνδυνο: _____

7. Αριθμός φορτωτικής / τιμολογίου / προτιμολογίου: _____

8. Ημερομηνία φόρτωσης (έναρξη ασφάλισης): _____

9. Μεταφορικά μέσα: Φορτηγό Πλοίο Αεροπλάνο Άλλο _____

10. Στοιχεία πλοίου: Πλοίο γραμμής Ναι Όχι

Εάν επιλέξατε όχι, σημειώστε σημαία/ηλικία/IMO/P&I/class: _____

11. Στοιχεία Φορτηγού (Αριθμός κυκλοφορίας): _____

12. Μεσολαβούσα τράπεζα (μόνο αν αφορά πίστωση): _____ Αριθμός Πίστωσης: _____

ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

<input type="radio"/> Institute cargo clauses (A)	_____
<input type="radio"/> Institute cargo clauses (B)	_____
<input type="radio"/> Institute cargo clauses (C)	_____
<input type="radio"/> Institute war clauses (cargo)	_____
<input type="radio"/> Institute strikes clauses (cargo)	_____
<input type="radio"/> Συμπληρώστε άλλη επέκταση κάλυψης _____	_____

Εξαιρέσεις: _____

Απαλλαγή: _____

Συμφωνηθέν Ολικό Ασφάλιστρο: _____

Στατιστικά στοιχεία ζημιών της τελευταίας τριετίας (Αριθμός ζημιών, είδος και ύψος ζημιάς): _____

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

1. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Αφού παρέλαβα από την Ασφαλιστική Εταιρία ή/και από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή και ανέγνωσα το έντυπο «Ενημέρωση Φυσικών Προσώπων για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα», δίνω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων, προκειμένου να αξιολογηθεί ο ασφαλιστικός κίνδυνος, να υπολογισθεί σωστά το ασφάλιστρο και να εκπληρωθεί ο σκοπός και η λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης.

Ο Λήπτης της Ασφάλισης

2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Για την **αποστολή εγγράφων** που αφορούν στην ασφάλισή μου (π.χ. Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, Ανανέωση, Ειδοποίηση Πληρωμής κ.λ.π.), παρακαλώ όπως χρησιμοποιείτε:

- Την ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.
- Την ταχυδρομική διεύθυνση που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.

Ο Λήπτης της Ασφάλισης

3. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥΣ Ή ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ

Δίνω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων, προκειμένου να λαμβάνω ενημερώσεις για διαφημιστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς μέσω e-mail, SMS ή τηλεφωνικά κατά τη διάρκεια της ασφάλισής μου και έως 36 μήνες μετά τη λήξη της.

- Ναι Όχι

Ο Λήπτης της Ασφάλισης

Έχετε τη δυνατότητα να τροποποιείτε ή/και να ανακαλείτε οποτεδήποτε εγγράφως ή μέσω του Τμήματος Εξυπηρέτησης Πελατών (τηλ. 210 8119670, email helpcustomer@europisti.gr), τη συγκατάθεσή σας για την επιλογή του τρόπου επικοινωνίας και λήψης ενημερώσεων για διαφημιστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΠΟΥ ΗΡΘΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΕΛΑΤΗ

Συμπληρώστε όλα τα πεδία υποχρεωτικά σε μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις (1 ή 2)

1. Έχω Σύμβαση με την Ευρωπαϊκή Πίστη

A. Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής που ήρθε σε επαφή με τον πελάτη και συνδέεται συμβατικά με την Ευρωπαϊκή Πίστη

Όνοματεπώνυμο ή επωνυμία: _____

Κωδικός: _____

Κατηγορία Ασφ. Διαμεσολαβητή: _____

Αρ. Ειδικού Μητρώου: _____

ΑΦΜ: _____

B. Συντονιστής Ασφαλιστικών Πρακτόρων (Διευθυντής Καταστήματος)

Όνοματεπώνυμο ή επωνυμία: _____

Αρ. Ειδικού Μητρώου: _____

ΑΦΜ: _____

2. Δεν έχω Σύμβαση με την Ευρωπαϊκή Πίστη

A. Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής που ήρθε σε επαφή με τον πελάτη και συνδέεται συμβατικά με τον αναφερόμενο στην περίπτωση (B) Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή

Όνοματεπώνυμο ή επωνυμία: _____

Αρ. Ειδικού Μητρώου: _____

ΑΦΜ: _____

Κατηγορία Ασφ. Διαμεσολαβητή: _____

Συνδέεται με τον Ασφ. Διαμεσολαβητή (B) Άμεσα Έμμεσα

B. Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής που συνδέεται συμβατικά με την Ευρωπαϊκή Πίστη

Όνοματεπώνυμο ή επωνυμία: _____

Κωδικός: _____

Κατηγορία Ασφ. Διαμεσολαβητή: _____

Αρ. Ειδικού Μητρώου: _____

ΑΦΜ: _____

Γ. Συντονιστής Ασφαλιστικών Πρακτόρων (Διευθυντής Καταστήματος)

Όνοματεπώνυμο ή επωνυμία: _____

Αρ. Ειδικού Μητρώου: _____

ΑΦΜ: _____

ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ

Δηλώνω ότι:

- Έλαβα από τον Ασφαλιστικό μου Διαμεσολαβητή/Ασφαλιστική Επιχείρηση το έντυπο «ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚ ΤΟΥ Ν.4583/2018 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΑΣ».
- Έλαβα από τον Ασφαλιστικό μου Διαμεσολαβητή/Ασφαλιστική Εταιρία το απαραίτητο, κατά τις ισχύουσες διατάξεις που αφορούν στην Προσυμβατική Ενημέρωση, ενημερωτικό υλικό για την Ασφαλιστική Εταιρία «ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΠΙΣΤΗ ΑΕΓΑ» και τα Έγγραφα Πληροφορικών των ασφαλιστικών της προϊόντων, τα χαρακτηριστικά των οποίων μου επεξηγήθηκαν.
- Συμπλήρωσα το «ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ» το οποίο παρέδωσα στον Ασφαλιστικό μου Διαμεσολαβητή/Ασφαλιστική Επιχείρηση και έλαβα εμπεριστατωμένες συμβουλές, Πρόταση Ασφάλισης και Προσφορά Ασφάλισης για το προτεινόμενο ασφαλιστικό προϊόν.
- Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω την Εταιρία για οποιαδήποτε αλλαγή των παραπάνω στοιχείων λάβει χώρα πριν ή μετά την έκδοση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.
- Έχω λάβει την έγγραφη συγκατάθεση των φυσικών προσώπων, τα προσωπικά δεδομένα των οποίων ενδέχεται να αναφέρονται στην παρούσα αίτηση.

Τόπος / Ημερομηνία

Ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής

Ο Λήπτης της Ασφάλισης

Η παρούσα Αίτηση Ασφάλισης θα αποτελέσει αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, εφόσον αυτό εκδοθεί