



1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

Α. ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΕΛΑΤΗ:

Επωνυμία

Κωδ. Συνεργάτη

Α.Φ.Μ.

Αρ. Ειδικού Μητρώου

Β. ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ:

Επωνυμία

Κωδ. Συνεργάτη

Α.Φ.Μ.

Αρ. Ειδικού Μητρώου

Γ. ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ:

Επωνυμία

Κωδ. Συνεργάτη

Α.Φ.Μ.

Αρ. Ειδικού Μητρώου

2 ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ)

Όνοματεπώνυμο								
Επάγγελμα				Α.Φ.Μ.			Δ.Ο.Υ.	
Νόμιμος εκπρόσωπος								
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	Οδός				Αριθμός			Τ.Κ.
	Πόλη				Συνοικία			Νομός
Στοιχεία επικοινωνίας	Σταθερό τηλ.				Κινητό			
	Fax				e-mail			

3 ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΙΚΟΔΟΜΗΣ (Αν είναι διαφορετική από τη δ/ση αλληλογραφίας, αλλιώς: "Η ΙΔΙΑ")

Οδός				Αριθμός			Τ.Κ.
Πόλη				Συνοικία			Νομός

4 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΙΚΟΔΟΜΗΣ

Έτος κατασκευής: _____ Όροφοι: _____ Συνολικό εμβαδόν διαμερισμάτων (τ.μ): _____ με υπόγειο/αποθήκη: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Η οικοδομή (ισόγειο, υπόγειο, όροφοι) χρησιμοποιείται αποκλειστικά για κατοικία: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** Αν **ΟΧΙ**, περιγράψτε τη χρήση: _____

Το ασφαλιζόμενο κτίριο: έχει κτιστεί με νόμιμη άδεια: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Κατασκευή της οικοδομής: Μπετόν αρμέ **ΝΑΙ** Άλλο (σημειώστε): _____

5 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Είχατε κάποια ζημιά την τελευταία 5ετία; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** Αν **ΝΑΙ**, αναφέρατε: ημερομηνία ζημιάς ____ / ____ / ____

είδος της ζημιάς _____ αιτία της ζημιάς _____ ποσό _____ έχει αποκατασταθεί πλήρως η ζημιά; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Είναι η πρώτη φορά που ζητάτε να ασφαλιστείτε; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** Αν **ΟΧΙ**, σε ποια εταιρία ασφαλιζόσασταν; _____

Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για τον ίδιο κίνδυνο σε ισχύ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** Αν **ΝΑΙ**, σε ποια ασφαλιστική εταιρία; _____

Γενικές πληροφορίες:

Σε σχέση με την υπό σύναψη ασφαλιστική σύμβαση, παρέχονται οι πιο κάτω πληροφορίες:

1. Η πλήρης επωνυμία της συμβαλλόμενης ασφαλιστικής εταιρίας είναι: **ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΙΣ Α.Ε.Ε.Γ.Α. - ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ ΜΙΝΕΤΤΑ**

2. Η έδρα της συμβαλλόμενης ασφαλιστικής εταιρίας είναι: Λ. Συγγρού 193-195, 17121 Ν. Σμύρνη, Αθήνα.

3. Υπεύθυνος Προστασίας Δεδομένων (Υ.Π.Δ.) της Εταιρίας: τηλ.: 210 9309500, email: dpo@minetta.gr

4. Μπορείτε να υποβάλετε εγγράφως οποιοδήποτε παράπονο τυχόν έχετε και να μας το αποστείλετε ταχυδρομικώς, μέσω φαξ, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή να το καταθέσετε αυτοπροσώπως στα κεντρικά μας γραφεία ή στο υποκατάστημά μας. Η Εταιρία μας θα σας δώσει απάντηση το ταχύτερο δυνατόν και στην περίπτωση που απαιτείται χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των πέντε ημερών, θα σας ενημερώνουμε τακτικά για την ημερομηνία της οριστικής απάντησης.

Έχετε δικαίωμα να επιδιώξετε οποτεδήποτε εξωδικαστική επίλυση της ενδεχόμενης διαφοράς σας με την Εταιρία μας, ενώπιον του Συνηγού του Καταναλωτή ή άλλου φορέα Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών, να ενημερώσετε την εποπτική αρχή (Τράπεζα της Ελλάδος) αλλά και να προσφύγετε ενώπιον των αρμοδίων δικαστηρίων. Εφαρμοστέο δικαιο της ασφαλιστικής σύμβασης ορίζεται το Ελληνικό.

Η Εταιρία τηρεί και επεξεργάζεται αρχείο με προσωπικά δεδομένα των ασφαλισμένων της, με σκοπό στην εκτίμηση του κινδύνου στο πλαίσιο σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης, τη διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης και τη συμμόρφωση της Εταιρίας με το ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο. Η συλλογή των προσωπικών δεδομένων που επεξεργαζόμαστε γίνεται βάσει των στοιχείων που μας χορηγήσατε εσείς οι ίδιοι ή τα λάβαμε από τρίτα συνεργαζόμενα με την Εταιρία μέρη. Αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων είναι δυνατό να είναι (αντ)ασφαλιστικές εταιρίες, δημόσιες/δικαστικές αρχές, Υπηρεσία Στατιστικής των Ασφαλιστικών Εταιριών (αρχείο Υ.Σ.Α.Ε.), συνεργαζόμενοι με την εταιρία πάροχοι στο πλαίσιο της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης, όπως ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές, πάροχοι υπηρεσιών υγείας, δικηγόροι και δικαστικοί επιμελητές, πραγματογνώμονες, αντ'ασφαλιστές (εντός ή εκτός Ε.Ε.), πάροχοι οδικής βοήθειας, φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, υπηρεσίες τηλεφωνικής εξυπηρέτησης πελατών και εταιρίες αποστολής ενημερωτικών εντύπων. Ο λήπτης της ασφάλισης/ασφαλισμένος έχει το δικαίωμα να έχει πρόσβαση στα προσωπικά δεδομένα που τηρεί η Εταιρία, να ζητήσει την διαγραφή, διόρθωση ή επικαιροποίηση, τον περιορισμό καθώς και να φέρει αντιρρήσεις σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες ή σε χρήση στοιχείων του για σκοπούς marketing. Ο λήπτης της ασφάλισης/ασφαλισμένος αποδέχεται τα ανωτέρω με την υπογραφή της «Δήλωσης Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης», υπόδειγμα της οποίας εμπεριέχεται στο βιβλίο Γενικών και Ειδικών Όρων της Εταιρίας.

Προς την Εταιρία: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΙΣ Α.Ε.Ε.Γ.Α. - ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ ΜΙΝΕΤΤΑ

Κεντρικά Γραφεία Αθηνών: Λ. Συγγρού 193-195, 17121 Ν. Σμύρνη, Τηλ: 210 9309500, Fax: 210 9309457, e-mail: info@minetta.gr

Υποκατάστημα Θεσσαλονίκης: Αριστοτέλους 5, 54624 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 288216, Fax: 2310 224675, e-mail: info@minetta.gr

Παρακαλώ να εκδώσετε ασφαλιστική σύμβαση, με βάση τα στοιχεία που δήλωσα. Συμφωνώ πως η ασφάλισή μου θα ισχύσει μετά την αποδοχή από την Εταιρία σας αυτής της πρότασής μου, με την προϋπόθεση προηγούμενης εξόφλησης των ασφαλίσεων. Η πρότασή μου αυτή, μαζί με τις συμπληρωματικές πληροφορίες και προϋποθέσεις, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης. Αυτή η δήλωσή μου ισχύει για κάθε ανανέωση της ασφαλιστικής σύμβασης, εκτός αν εγγράφως σας δηλώσω επιθυμία τροποποίησης και το αποδεχτείτε εγγράφως. Βεβαιώνω πως έλαβα γνώση των πληροφοριών που προβλέπονται από την κείμενη νομοθεσία.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

/

/

Ο ΑΙΤΩΝ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ
ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗΣ

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)