



1 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			

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

Οδός				Αριθμός			Τ.Κ.
Πόλη				Συνοικία			Νομός

3 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): _____

4 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; _____

5 ΠΟΣΑ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Προτεινόμενη ελάχιστη αξία οικοδομής (αναπροσαρμοζόμενη κατά 2% κάθε χρόνο): € 300 / τ.μ.

ΑΛΛΗ ΑΞΙΑ (Αναγράψτε, αν θεωρείτε πως οι προς ασφάλιση αξίες διαφέρουν από την προτεινόμενη): € _____

Αν τα ασφαλιζόμενα κεφάλαια είναι τουλάχιστον αυτά που προτείνονται από την Εταιρία (προτεινόμενες ελάχιστες αξίες ανά τ.μ.) για την οικοδομή, τότε καλύπτονται και οι ζημιές στον λέβητα κεντρικής θέρμανσης από έκρηξη καθώς και οι ζημιές στον ανελκυστήρα της οικοδομής, οι ασφαλισμένες αξίες προστατεύονται από ενδεχόμενη υπασφάλιση, η δε ασφάλιση και η αποζημίωση των ασφαλιζόμενων αντικειμένων θα είναι σε αξία καινούργιου.

6 ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ετήσια <input type="checkbox"/>	Εξάμηνη <input type="checkbox"/>	Ημ/νία έναρξης	
---------------------------------	----------------------------------	----------------	--

7 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ & ΠΑΡΟΧΕΣ

Οι βασικές ασφαλιστικές καλύψεις έχουν προεπιλεγεί και περιλαμβάνονται σε κάθε ασφαλιστικό πρόγραμμα. Παρακαλούμε σημειώστε ✓ στην ομάδα προαιρετικών καλύψεων που επιθυμείτε. Αν επιλέξετε την κάλυψη σεισμού, σημειώστε ✓ στην απαλλαγή που επιθυμείτε.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ		ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ	
(ΕΟ501)	ΠΥΡΚΑΓΙΑ	<input type="checkbox"/>	(ΕΟ516) ΘΥΕΛΛΑ / ΚΑΤΑΙΓΙΔΑ / ΠΛΗΜΜΥΡΑ / ΧΙΟΝΟΠΤΩΣΗ / ΧΑΛΑΖΟΠΤΩΣΗ
(ΕΟ502)	ΚΕΡΑΥΝΟΣ	<input type="checkbox"/>	(ΕΟ517) ΕΞΟΔΑ ΑΝΤΛΗΣΗΣ ΝΕΡΩΝ 2,5% επί του ασφαλιζόμενου κεφαλαίου και μέχρι € 1.000
(ΕΟ503)	ΖΗΜΙΕΣ ΑΠΟ ΚΑΠΝΟ	<input type="checkbox"/>	(ΕΟ518) ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ από ΠΥΡΚΑΓΙΑ / ΕΚΡΗΞΗ / ΘΡΑΥΞΗ ΣΩΛΗΝΩΣΕΩΝ 20% επί του ασφαλιζόμενου κεφαλαίου και μέχρι € 15.000
(ΕΟ504)	ΕΚΡΗΞΗ	<input type="checkbox"/>	(ΕΟ519) ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΠΡΟΣ ΤΡΙΤΟΥΣ 20% επί του ασφαλιζόμενου κεφαλαίου και μέχρι € 15.000
(ΕΟ505)	ΠΤΩΣΗ ΑΕΡΟΣΚΑΦΟΥΣ	<input type="checkbox"/>	(ΕΟ520) ΣΕΙΣΜΟΣ - ΕΚΡΗΞΗ ΗΦΑΙΣΤΕΙΟΥ με απαλλαγή 2% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/>
(ΕΟ506)	ΠΡΟΣΚΡΟΥΣΗ ΟΧΗΜΑΤΟΣ	ΑΠΑΛΛΑΓΕΣ	
(ΕΟ507)	ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	(ΕΟ 516) Θύελλα, καταιγίδα, πλημμύρα, χιονόπτωση, χαλαζόπτωση: ισόγειοι, υπόγειοι και ημιυπόγειοι χώροι: 10% της ζημιάς με ελάχιστο € 100.	
(ΕΟ508)	ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΑΡΑΧΕΣ	(ΕΟ520) Σεισμός - Έκρηξη ηφαιστείου: 2% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> επί του ασφαλιζόμενου κεφαλαίου.	
(ΕΟ509)	ΚΑΚΟΒΟΥΛΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ		
(ΕΟ510)	ΖΗΜΙΕΣ ΑΝΕΛΚΥΣΤΗΡΑ		
(ΕΟ511)	ΕΞΟΔΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΖΗΜΙΑΣ 2,5% επί του ασφαλιζόμενου κεφαλαίου και μέχρι € 1.000		
(ΕΟ512)	ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΥΠΑΣΦΑΛΙΣΗ		
(ΕΟ513)	ΑΜΟΙΒΩΝ ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ μέχρι 5% επί του ασφαλιζόμενου κεφαλαίου		
(ΕΟ514)	ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΕ ΑΞΙΑ ΚΑΙΝΟΥΡΓΙΟΥ		
(ΕΟ515)	ΑΠΟΚΟΜΜΙΔΗ ΕΡΕΙΠΙΩΝ μέχρι 5% επί του ασφαλιζόμενου κεφαλαίου		

8 ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΕΙΣ που σχετίζονται με την προτεινόμενη ασφάλιση και δεν έχουν καλυφθεί από τις ερωτήσεις αυτής της Πρότασης

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-ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ ΜΙΝΕΤΤΑ Α.Ε.Ε.Γ.Α.**
2. Η έδρα της συμβαλλόμενης ασφαλιστικής εταιρίας είναι: Λ. Συγγρού 193-195, 17121 Ν. Σμύρνη, Αθήνα.
3. Υπεύθυνος Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων: κ. Σοφούρης Αριστομένης.

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

Κεντρικά Γραφεία Αθηνών: Λ. Συγγρού 193-195, 17121 Ν. Σμύρνη, Τ: 210 9309500, F: 210 9309457, e-mail: info@minetta.gr
Υποκατάστημα Θεσσαλονίκης: Αριστοτέλους 5, 54624 Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 288216, F: 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.

Επιπλέον, δηλώνω πως γνωρίζω και αποδέχομαι τα πιο κάτω:

Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΙΣ-ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ ΜΙΝΕΤΤΑ Α.Ε.Ε.Γ.Α. τηρεί και επεξεργάζεται αρχείο με προσωπικά δεδομένα των ασφαλισμένων της, στα οποία ενδέχεται να περιλαμβάνονται και ευαίσθητα δεδομένα, με σκοπό την καλή λειτουργία και εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης. Αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων των ασφαλισμένων μπορεί να είναι τα πρόσωπα που διαμεσολάβησαν για τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης, δημόσιες αρχές βάσει επιταγών νόμων ή αποφάσεων δικαστηρίων, η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών, η Υ.Σ.Α.Ε, τα ασφαλιστικά ταμεία, πραγματογνώμονες, γιατροί, δικηγόροι, δικαστικοί επιμελητές και λοιπά πρόσωπα που έχουν δικαιώματα επιθυμία τροποποίησης και το αποδεχτείτε εγγράφως. Γνωρίζω πως, με την ιδιότητά μου ως λήπτη της ασφάλισης ή/και ασφαλισμένου, έχω δικαίωμα να λαμβάνω, κατόπιν γραπτού αιτήματός μου και έναντι ποσού που θα καθορίσει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, τα στοιχεία που με αφορούν προσωπικά ή και να προβάλλω εύλογες αντιρρήσεις, σύμφωνα με όσα ορίζονται στην κείμενη νομοθεσία, και πάντως μέσα στα πλαίσια της ασφαλιστικής σύμβασης. Η ασφαλιστική εταιρία σας έχει δικαίωμα να χρησιμοποιεί τα προσωπικά δεδομένα κάθε ασφαλισμένου της, εκτός από τα ευαίσθητα, για προωθητικές ενέργειες, δικές της ή τρίτων, αλλά ο ασφαλισμένος μπορεί με γραπτή δήλωσή του στην ασφαλιστική εταιρία να καταργήσει οποτεδήποτε αυτό το δικαίωμα.

Τέλος, βεβαιώνω πως ενημερώθηκα προσυμβατικά σχετικά με το εφαρμοστέο δίκαιο στην ασφαλιστική σύμβαση, για την ακολουθούμενη από την Εταιρία διαδικασία διαχείρισης αιτιάσεων συμπεριλαμβανομένης και της δυνατότητάς μου να προσφύγω σε αρμόδια αρχή με την επιφύλαξη προσφυγής στη δικαιοσύνη.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /

Ο ΑΙΤΩΝ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ
ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗΣ

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)