



## 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.								
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	Οδός				Αριθμός			Τ.Κ.				
	Πόλη				Συνοικία				Νομός			
Στοιχεία επικοινωνίας	Σταθερό τηλ.			Κινητό			Fax			e-mail		

## 3 ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (αν είναι διαφορετικός από τον ΛΗΠΤΗ της ασφάλισης αλλιώς "Ο ΙΔΙΟΣ")

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

## 4 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΔΗΓΟΥ/ΩΝ ΠΟΔΗΛΑΤΟΥ

### ΟΔΗΓΟΣ 1:

Όνοματεπώνυμο

Ημ/νία γέννησης

/ /

Σχέση με Συμβαλλόμενο / Ασφαλιζόμενο

### ΟΔΗΓΟΣ 2:

Όνοματεπώνυμο

Ημ/νία γέννησης

/ /

Σχέση με Συμβαλλόμενο / Ασφαλιζόμενο

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Στην περίπτωση που υπάρχουν επιπλέον οδηγοί, αναγράψτε τα στοιχεία τους στο παράρτημα 8. (ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΕΙΣ που σχετίζονται με την προτεινόμενη ασφάλιση και δεν έχουν καλυφθεί από τις ερωτήσεις αυτής της Πρότασης).

## 5 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΔΗΛΑΤΟΥ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΕΩΝ ΑΥΤΟΥ

ΜΑΡΚΑ: \_\_\_\_\_

Αριθμός πλαισίου/σκελετού (βλ. σχήμα): \_\_\_\_\_

Έτος αγοράς: \_\_\_\_\_

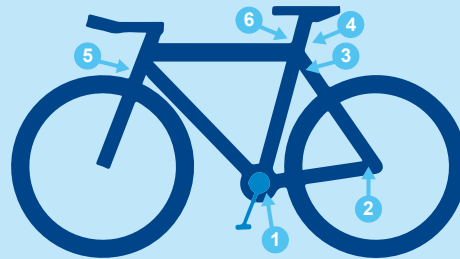
Αξία ποδηλάτου (περιλαμβανομένης και της αξίας τυχόν βελτιώσεων του ποδηλάτου): € \_\_\_\_\_

Φέρει ηλεκτρικό κινητήρα: **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

Αν ΝΑΙ, αναφέρατε: Ισχύς κινητήρα: \_\_\_\_\_

Μέγιστη σχεδιασμένη ταχύτητα: \_\_\_\_\_

Η προτεινόμενη αξία του προς ασφάλιση ποδηλάτου (συνυπολογιζόμενης και της αξίας των τυχόν βελτιώσεων αυτού κατά την έναρξη της ασφάλισης), θα πρέπει να είναι έως 3.000€. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάληψη του κινδύνου είναι η αποστολή φωτογραφίας του ποδηλάτου και του χώρου φύλαξης αυτού.



Τα σημεία που επισημαίνονται με αριθμούς δείχνουν την πιθανή θέση αναγραφής πλαισίου/σκελετού του ποδηλάτου.

## 6 ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ετήσια

Εξάμηνη

Τριμηνή

Ημ/νία έναρξης

Ημ/νία λήξης

Πληρωμή: ΕΦΑΠΑΞ

## 7 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

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

Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για το ίδιο αντικείμενο σε ισχύ; **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**  Αν ΝΑΙ, σε ποια ασφαλιστική εταιρία; \_\_\_\_\_

Έχει στο παρελθόν: α) Απορριφθεί αίτησή σας για ασφάλιση; **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**  β) Ακυρωθεί ασφαλιστική σας σύμβαση; **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

Υπήρξαν, κατά την τελευταία 5ετία, απαιτήσεις τρίτων (συμπεριλαμβανομένων και των απαιτήσεων του προσωπικού) που γεννήθηκαν εξαιτίας κάποιου ζημιογόνου γεγονότος; **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

Αν ΝΑΙ, αναφέρατε: Ημερομηνία γεγονότος/απαιτήσης: / / Ποσό απαίτησης: \_\_\_\_\_

Λεπτομέρειες, σχετικά με τις απαιτήσεις τρίτων (περιγραφή ζημιογόνου γεγονότος/αίτιας και αν οι απαιτήσεις τρίτων έχουν ικανοποιηθεί ή παραμένουν εκκρεμότητες, αν έχετε λάβει μέτρα για την αποτροπή επανάληψης του προβλήματος κ.λπ.): \_\_\_\_\_

Έχετε σε ισχύ οποιαδήποτε ασφάλιση με την Εταιρία ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΙΣ – ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ ΜΙΝΕΤΤΑ;

Αν ΝΑΙ, αναφέρατε αριθμό συμβολαίου(ων): \_\_\_\_\_

## 8 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ & ΠΑΡΟΧΕΣ

Οι βασικές ασφαλιστικές καλύψεις που περιλαμβάνονται σε κάθε ασφαλιστικό πρόγραμμα έχουν προεπιλεγεί. Παρακαλούμε σημειώστε με «✓» το ασφαλιστικό πρόγραμμα ή/και τις προαιρετικές καλύψεις που επιθυμείτε.

	ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ	ΑΝΩΤΕΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΠΟΣΑ	ΑΠΑΛΛΑΓΕΣ	<input type="checkbox"/> ΜΙΝΕΤΤΑ ΒΙΚΕ 1	<input type="checkbox"/> ΜΙΝΕΤΤΑ ΒΙΚΕ 2 <small>(πρόϋποθέτει την ύπαρξη ενεργού ασφαλιστήριου στην εταιρία ΜΙΝΕΤΤΑ)</small>
ΕΟ 28	ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΤΟΥ ΠΟΔΗΛΑΤΟΥ	50.000 €	ΧΩΡΙΣ	✓	✓
ΕΟ 29	ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΗ ΕΥΘΥΝΗ	500 €	ΧΩΡΙΣ	✓	✓
ΕΟ 30	ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ ΑΠΟ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟ ΟΧΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗ ΑΞΙΑ	ΧΩΡΙΣ	✓	✓
ΕΟ 32	ΟΛΙΚΗ ΚΛΟΠΗ ΠΟΔΗΛΑΤΟΥ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗ ΑΞΙΑ	10% ΕΠΙ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗΣ ΑΞΙΑΣ ΜΕ ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΤΑ 35€		✓
ΕΟ 31	ΚΑΛΥΨΗ ΙΔΙΩΝ ΖΗΜΙΩΝ ΑΠΟ ΠΡΟΣΚΡΟΥΣΗ, ΕΚΤΡΟΠΗ, ΑΝΑΤΡΟΠΗ, ΚΑΤΑΚΡΗΜΝΙΣΗ, ΠΥΡΚΑΓΙΑ, ΠΤΩΣΗ ΚΕΡΑΥΝΟΥ, ΕΚΡΗΣΗ, ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΚΕΣ / ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ / ΚΑΚΟΒΟΥΛΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ, ΦΥΣΙΚΑ ΚΑΙ ΓΕΩΛΟΓΙΚΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗ ΑΞΙΑ	10% ΕΠΙ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗΣ ΑΞΙΑΣ ΜΕ ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΤΑ 35€		✓
ΕΟ 39	ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΞΙΑΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΝΔΥΜΑΣΙΑΣ & ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΟΔΗΛΑΤΗ (ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΕΟ 30,31,32)	10% ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΔΗΛΑΤΟΥ	10% ΕΠΙ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗΣ ΑΞΙΑΣ ΜΕ ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΤΑ 35€		✓
ΕΟ 33	ΕΝΟΙΚΙΑΣΗ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΥ ΠΟΔΗΛΑΤΟΥ	ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ	ΧΩΡΙΣ		✓
ΕΟ 34	ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ	1.000 €	ΧΩΡΙΣ		✓
ΕΟ 38	ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ (ΜΑΡΦΡΕ, τηλέφωνο: 210 9310807)	ΙΣΧΥΕΙ	ΧΩΡΙΣ	✓	✓
ΕΟ 41	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΠΟΔΗΛΑΤΗ (*)	2.000 €	ΧΩΡΙΣ		✓
	<b>ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ</b>			<b>ΜΙΝΕΤΤΑ ΒΙΚΕ 1</b>	<b>ΜΙΝΕΤΤΑ ΒΙΚΕ 2</b>
ΕΟ 40	ΟΔΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(\*) Αφορά άτομα ηλικίας από 23 έως 70 ετών.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

#### 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 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 Συνηγόρου 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, αντασφαλιστές (εντός ή εκτός Ε.Ε.), πάροχοι οδικής βοήθειας, φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, υπηρεσίες τηλεφωνικής εξυπηρέτησης πελατών και εταιρείες 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-ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ ΜΙΝΕΤΤΑ Α.Ε.Ε.Γ.Α.

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