



## ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΟΧΗΜΑΤΟΣ Δ.Χ. ΦΟΡΤΗΓΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ: \_\_\_\_\_ ΟΝΟΜ/ΜΟ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ: \_\_\_\_\_  
ΗΜ/ΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ: \_\_\_\_\_

### ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ/ΟΙ

Επώνυμο ή Επωνυμία: \_\_\_\_\_ Όνομα: \_\_\_\_\_  
Α.Φ.Μ.: \_\_\_\_\_ Δ.Ο.Υ.: \_\_\_\_\_ Πατρώνυμο: \_\_\_\_\_  
Δ/ση/Οδός: \_\_\_\_\_ Αριθμός: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_ Πόλη/Χωριό/Περιοχή: \_\_\_\_\_  
Νομός: \_\_\_\_\_ Κινητό: \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### ΟΔΗΓΟΣ

Επώνυμο: \_\_\_\_\_ Όνομα: \_\_\_\_\_  
Α.Φ.Μ.: \_\_\_\_\_ Ημ/νία Γέννησης: \_\_\_\_\_ Ημ/νία Έκδ. Διπλώματος: \_\_\_\_\_

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΧΗΜΑΤΟΣ

Αρ. Κυκλοφορίας: \_\_\_\_\_ Χρήση: \_\_\_\_\_ Τύπος: \_\_\_\_\_  
Εργ. Κατασκευής: \_\_\_\_\_ Έτος Κατασκευής: \_\_\_\_\_ Ίππο: \_\_\_\_\_ Κυβικά: \_\_\_\_\_  
Ιστορικό Ζημιών ΑΕ: \_\_\_\_\_ Εάν ΝΑΙ παρακαλώ περιγράψτε \_\_\_\_\_  
Ζημιές από ευθύνη μεταφορά στα εμπορεύματα τα τελευταία 5 χρόνια: ΟΧΙ  Εάν ΝΑΙ παρακαλώ περιγράψτε: \_\_\_\_\_

- Οδηγείται το όχημα από άτομο με δίπλωμα: Ευρωπ. Ένωσης  Εκτός Ε.Ε.
- Οδηγείται το όχημα από άτομο < των 23 ετών;  
ΝΑΙ  Ημ/νία Γέννησης: \_\_\_\_\_ ΟΧΙ
- Οδηγείται το όχημα από οδηγό με άδεια οδήγησης < του 1 έτους;  
ΝΑΙ  Ημ/νία Έκδ. Διπλώματος: \_\_\_\_\_ ΟΧΙ

Περιγραφή: \_\_\_\_\_ Ρυμούλκα με ίδιο Αρ.Κυκλ.: \_\_\_\_\_

### ΠΑΚΕΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΟΧΗΜΑΤΟΣ

Διάρκεια Ασφάλισης:  Τρίμηνη  Εξάμηνη  Ετήσια Έναρξη: \_\_\_\_\_

### ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ Βασικό πακέτο

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ:  Προσωπικό Ατύχημα (έως €5.000)  Θραύση Κρυστάλλων Εθνικών/ Διεθνών μεταφορών (έως €1.500)

**ΔΕΝ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Για να εκδοθεί το συμβόλαιο θα πρέπει να μας σταλεί η πρόταση ασφάλισης συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη από τον πελάτη, η άδεια κυκλοφορίας του οχήματος, το δίπλωμα του οδηγού και το καταθετήριο με το ποσό των ασφαλίσεων και στην αιτιολογία του καταθετηρίου να αναφέρεται ο αρ. κυκλοφορίας του οχήματος και το ονοματεπώνυμο του πελάτη.

### ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Γενικές πληροφορίες - Δηλώσεις ασφαλιζόμενου :

Αφού ανέγνωσα με προσοχή τις καταχωρισθείσες δηλώσεις Ασφαλιζόμενου/Συμβαλλόμενου και πληροφορίες, βεβαιώνω ότι αυτές είναι αληθείς και πλήρεις και αποδέχομαι βάσει αυτών να ασφαλιστώ στην εταιρεία σας, γνωρίζοντας ότι η παρούσα αίτησή μου θα αποτελέσει τη βάση και αναπόσπαστο τμήμα του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί, των όρων του οποίου έλαβα γνώση και συμφωνώ με αυτούς.

Η διεύθυνση κατοικίας και η ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που δηλώνονται στην παρούσα αποτελούν τη νόμιμη κατοικία και τη νόμιμη ηλεκτρονική διεύθυνση του Ασφαλιζόμενου/Συμβαλλόμενου αντίστοιχα, στις οποίες νόμιμα κοινοποιείται από την EUROPROTECTION ΜΕΣΙΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ & ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ Α.Ε. κάθε έγγραφο που αφορά την παρούσα και το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα εκδοθεί και παράγονται τα κατά νόμο και κατά το ασφαλιστήριο συμβόλαιο αποτελέσματα από την ημέρα κοινοποίησης. Η ισχύς του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί, θα αρχίσει από την έκδοση και παράδοση αυτού και με τον όρο ότι θα έχει καταβληθεί το εφάπαξ ασφάλιστρο ή η πρώτη δόση και ότι οι συνθήκες που επηρεάζουν την ασφαλισιμότητα του προτεινόμενου για ασφάλιση, παραμένουν όπως δηλώθηκαν στην παρούσα αίτηση. Επίσης αποδέχομαι ότι η κατάρτιση, τροποποίηση ή κατάργηση της συναπτόμενης ασφαλιστικής συμβάσεως, θα αποδεικνύεται με έγγραφα που φέρουν την υπογραφή των νόμιμων εκπροσώπων της EUROPROTECTION ΜΕΣΙΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ & ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ Α.Ε.

Δηλώνω ότι παρέλαβα από τον Διαμεσολαβούντα, έντυπα της εταιρείας σας, με τις πληροφορίες που απαιτούνται από το άρθρο 150 του Ν.4364/2016, σχετικά με τους αιτούμενους προς ασφάλιση κινδύνους.

Αναφορικά με την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου, έλαβα γνώση, συμφωνώ και δηλώνω ρητά και εγγράφως ότι:

Α) Η εταιρεία με την επωνυμία EUROPROTECTION ΜΕΣΙΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ & ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ Α.Ε., θα τηρεί αρχείο στα γραφεία της στην Αγ. Παρασκευή, Λ. Μεσογείων 364 και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης. Η εταιρεία θα διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα σε φυσικά πρόσωπα της ίδιας εταιρείας και σε άλλα τμήματα της ίδιας εταιρείας ή σε όποιον άλλον αποδέκτη απαιτείται εκ του νόμου, για τη διεκπεραίωση των ασφαλιστικών μας εργασιών.

Β) Δηλώνω ότι μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου εκ των άρθρων 12 & 13 του ν.2472/1997 και συγκεκριμένα του δικαιώματός μου λήψης πληροφοριών σχετικά με όλα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και του δικαιώματος προβολής αντιρρήσεων για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν.

Γ) Δηλώνω ότι μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου που προβλέπονται από τον Κανονισμό ΕΕ 679/2016 καθώς και τους λουπούς Κανονισμούς και Νόμους που εκάστοτε ισχύουν για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ημερομηνία: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Ο Αιτών

Ο Συνεργάτης

Η Πρόταση Ασφάλισης θεωρείται αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου  
ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (άρθρο 150 του ν.4364/2016)

Η πλήρης επωνυμία της Εταιρείας μας είναι :

SECURE ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΠΡΑΚΤΟΡΑΣ-ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ ΙΚΕ

Διακριτικός τίτλος: SECURE INSURANCE AGENTS I.K.E.

Έδρα: Αγ. Παρασκευή Αττικής, Ελλάδα

Διεύθυνση έδρας : Λ. Μεσογείων 364, Αγ. Παρασκευή, Τ.Κ: 15341, Τηλ: 211 10 36500, Fax: 2111 10 36526, email: [info@secure-ins.gr](mailto:info@secure-ins.gr),

<http://www.secure-ins.gr/>

Αριθμός ΓΕΜΗ: 68976503000

Α.Φ.Μ.: 999843440

Εφαρμοστέο δίκαιο: Ελληνικό

Οι ασφαλισμένοι μπορούν να απευθύνονται στην παρακάτω ηλεκτρονική διεύθυνση για αιτιάσεις:

[salesupport@secure-ins.gr](mailto:salesupport@secure-ins.gr)

Ενημερωτικά έντυπα σχετικά με τα Προσωπικά Δεδομένα: <http://www.secure-ins.gr/>

Ως αιτίαση νοείται το παράπονο ή η δήλωση δυσαρέσκειας που απευθύνεται στην Εταιρεία από πρόσωπο φυσικό ή νομικό το οποίο σχετίζεται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που του παρέχονται.