

# Profesco Αίτηση Ασφάλισης Application Form

## ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / APPLICATION FORM

Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής  
Insurance Intermediary

| 1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ / DETAILS OF THE CONTRACTING PARTY |  |                                   |                                |                                           |               |             |
|-------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|---------------|-------------|
| Επώνυμο / Last name                                         |  |                                   | A.Φ.Μ. / Vat                   |                                           |               |             |
| Όνομα / First name                                          |  |                                   | Δ.Ο.Υ. / Tax Office            |                                           |               |             |
| Επωνυμία εταιρείας / Company Name                           |  |                                   |                                |                                           |               |             |
| Κλάδος<br>Industrial Sector                                 |  | Ετήσιος Τζίρος<br>Annual Turnover |                                | Αρ.<br>Εργαζομένων<br>Number of Employees |               |             |
| Διεύθυνση / Address                                         |  |                                   | Τηλέφωνο / Telephone           |                                           |               |             |
|                                                             |  |                                   | Ταχ. Κώδ. / Zipcode            |                                           |               |             |
|                                                             |  |                                   | Ημερ. Γέννησης / Date of Birth | Ημέρα / Day                               | Μήνας / Month | Έτος / Year |
|                                                             |  |                                   |                                |                                           |               |             |
| Διεύθυνση<br>Εισπράξεως                                     |  |                                   | Υψος / Height                  |                                           |               |             |
| Collection Address                                          |  |                                   | Βάρος / Weight                 |                                           |               |             |

| 2 ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ / INSURED PERSONAL INFORMATION<br>(συμπληρώνεται εφόσον ο Ασφαλισμένος είναι άλλος από τον Συμβαλλόμενο) |  |  |                                |             |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------|-------------|---------------|
| Επώνυμο / Last name                                                                                                                         |  |  | A.Φ.Μ. / Vat                   |             |               |
| Όνομα / First name                                                                                                                          |  |  | Δ.Ο.Υ. / Tax Office            |             |               |
| Διεύθυνση / Address                                                                                                                         |  |  | Τηλέφωνο / Telephone           |             |               |
|                                                                                                                                             |  |  | Ταχ. Κώδ. / Zipcode            |             |               |
|                                                                                                                                             |  |  | Ημερ. Γέννησης / Date of Birth | Ημέρα / Day | Μήνας / Month |
|                                                                                                                                             |  |  |                                |             |               |
| Διεύθυνση<br>Εισπράξεως                                                                                                                     |  |  | Υψος / Height                  |             |               |
| Collection Address                                                                                                                          |  |  | Βάρος / Weight                 |             |               |

| 3                                                                                                                | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ / OCCUPATION INFORMATION |  |        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|--------|--|
| α. Επάγγελμα<br>Occupation                                                                                       |                                                 |  |        |  |
| β. Ασχολείσθε με περισσότερα από ένα επαγγέλματα;<br>Are you engaged with more than one occupations?             | NAI/YES                                         |  | OXI/NO |  |
| Αν <b>ΝΑΙ</b> παρακαλούμε δηλώστε τα όλα<br>If <b>YES</b> , declare them all                                     |                                                 |  |        |  |
| γ. Ασχολείσθε αποκλειστικά με εργασία γραφείου;<br>Is your occupation solely an office or administrative nature? | NAI/YES                                         |  | OXI/NO |  |
| Αν <b>ΟΧΙ</b> παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες<br>If <b>NOT</b> , please give details                              |                                                 |  |        |  |

| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΛΥΨΕΩΝ / SELECT INSURANCE COVERAGES |        |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------|--|
| α. Για ποιο Βασικό Κεφάλαιο επιθυμείτε να ασφαλισθείτε (σύμφωνα με τον ΠΙΝΑΚΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ)<br>a. What Capital Sum do you wish to insure (to follow the scale of compensation as shown)                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                            |        |  |
| β. Αιτούμενη κάλυψη απώλειας εβδομαδιαίου εισοδήματος από εργασία (να μην ξεπερνά το 0.25% του 4α) *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                            |        |  |
| b. Required cover for weekly income loss from profession (not to exceed 0.25 % of 3a) *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                            |        |  |
| γ. Επιθυμείτε κάλυψη Ατυχημάτων και Ασθένειας;<br>Αν επιλέξατε <b>ΟΧΙ</b> , η ασφάλισή σας θα σας καλύπτει για <b>ΑΤΥΧΗΜΑ ΜΟΝΟ</b><br>c. Do you require Accidents and Sickness cover?<br>If you chose <b>NO</b> , you will be covered for <b>ACCIDENT ONLY</b>                                                                                                                                                                                                          | NAI/YES                                                    | OXI/NO |  |
| Αν επιλέξατε <b>ΝΑΙ</b> , στην ερώτηση 4γ, επιθυμείτε την κάλυψη Ατυχήματος και Ασθένειας για τις χώρες εκτός Ευρωπαϊκής κοινότητας; Αν <b>ΝΑΙ</b> , αναφέρατε περιοχές και διάρκειες<br>If you chose <b>YES</b> , in question 4c, please define if you wish to cover Accident and Illness for the countries outside the European community? If <b>YES</b> , indicate destinations and durations                                                                        | NAI/YES                                                    | OXI/NO |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                            |        |  |
| δ. Ταξιδεύετε αεροπορικώς σαν επιβάτης πολυκινητήριων αεροσκαφών τακτικών αεροπορικών εταιρειών; Αν <b>ΝΑΙ</b> , αναφέρατε τον κατά προσέγγιση αριθμό πτήσεων και πιθανούς προορισμούς ανά έτος<br>d. If you travel by air as a passenger in a properly licensed multi-engined aircraft being overrated by a licensed commercial air carrier or owned and operated by a commercial concern, please state the approximate number of flights and anticipated destinations | NAI/YES                                                    | OXI/NO |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                            |        |  |
| Παρακαλούμε δηλώστε την ημερομηνία από την οποία επιθυμείτε να ισχύει η κάλυψή σας<br>State period of insurance and commencement date required                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                            |        |  |
| * ΑΠΑΛΛΑΓΗ / DEDUCTIBLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                            |        |  |

|                                                                                              |  |  |  |      |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Παρακαλούμε επιλέξτε τον τρόπο πληρωμής των ασφαλίσεων σας<br>Please select a payment method |  |  |  |      |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| Εξόφληση με την παράδοση του συμβολαίου<br>Payment on delivery of the contract               |  |  |  | VISA |  |  |  | Master Card |  |  |  |  |  |  |  |
| Αριθμός Κάρτας<br>Card Number                                                                |  |  |  |      |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| Ημερομηνία Λήξης<br>Expiration Date                                                          |  |  |  |      |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| Όνομα κατόχου κάρτας<br>Cardholder's name                                                    |  |  |  |      |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |

| Δικαιούχοι<br>Beneficiaries | Ποσοστό<br>Percentage |
|-----------------------------|-----------------------|
|                             | %                     |
|                             | %                     |
|                             | %                     |
|                             | %                     |
|                             | %                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |            |  |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|-----------|
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΤΙΣ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΣ ΣΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΤΕΤΡΑΓΩΝΑΚΙ (X)<br>PLEASE ANSWER BY CHECKING THE APPROPRIATE BOX BELOW (X) |            |  |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |            |  |           |
| α. Έχετε ελαττωματική ακοή ή όραση; Αν ΝΑΙ, σε ποιο βαθμό<br>a. Do you suffer from defective hearing or vision? If YES, to what extent?                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                         | ΝΑΙ<br>YES |  | ΟΧΙ<br>NO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |            |  |           |
| β. Είχατε ποτέ κήλη, διάστρεμμα, δισκοπάθεια ή άλλο φυσικό ελάττωμα χρόνιας ή υποτροπιάζουσας φύσης; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες<br>b. Have you ever suffered from hernia, lower back strain disc lesion or other physical defect of a chronic or recurring nature? If YES, give details                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                         | ΝΑΙ<br>YES |  | ΟΧΙ<br>NO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |            |  |           |
| γ. Υποφέρατε ποτέ από οποιαδήποτε καρδιακή πάθηση, υπέρταση, κιρσούς, νευρικές διαταραχές, αλκοολισμό, τοξικομανία ή άλλη ασθένεια ή οργανική αδυναμία χρόνιας ή υποτροπιάζουσας φύσης; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες<br>c. Have you ever suffered from any heart condition, hypertension, varicose veins, nervous conditions, alcoholism, drug addiction or other illness or organic weakness of a chronic or recurring nature? If YES, give details |                                                                                                                                                         | ΝΑΙ<br>YES |  | ΟΧΙ<br>NO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |            |  |           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |  |                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|-------------------|--|
| <p>δ. Έχετε ποτέ χειρουργηθεί ή είχατε λόγους να πιστεύετε ότι ίσως χρειάζεστε χειρουργική επέμβαση; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες</p> <p>d. Have you undergone or have you any reason to believe you may need to undergo a surgical operation? If YES, give details</p>                                                                                                                                                                                                                  | <p>NAI<br/>YES</p> |  | <p>OXI<br/>NO</p> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |  |                   |  |
| <p>ε. Τι ατυχήματα ή ασθένειες σας ανάγκασαν να απουσιάσετε από την εργασία σας για χρονικά διαστήματα μεγαλύτερα των 14 ημερών τα τελευταία 3 χρόνια;</p> <p>e. Have accidents or sicknesses prevented you from attending your business or occupation for a period of more than 14 days during the past three years? If YES, give details</p>                                                                                                                                         | <p>NAI<br/>YES</p> |  | <p>OXI<br/>NO</p> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |  |                   |  |
| <p>στ. Εκτός από οτιδήποτε έχετε ήδη αναφέρει, είστε τώρα υγιής και γενικά έχετε καλή υγεία; Αν ΟΧΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες</p> <p>f. Apart from any matter you have already described, are you now in and do you generally enjoy good health?</p>                                                                                                                                                                                                                             | <p>NAI<br/>YES</p> |  | <p>OXI<br/>NO</p> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |  |                   |  |
| <p>ζ. Είστε τώρα ασφαλισμένος για ατύχημα ή ασθένεια; Αν ΝΑΙ, με ποια εταιρεία;</p> <p>g. Are you now insured against accident or sickness? If YES, with whom?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>NAI<br/>YES</p> |  | <p>OXI<br/>NO</p> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |  |                   |  |
| <p>ζ1. Για ποιο βασικό κεφάλαιο και εβδομαδιαίες παροχές;</p> <p>g1. For what capital amount weekly benefits?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |  |                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |  |                   |  |
| <p>η. Παρακαλούμε αιτιολογήστε το δηλωμένο εισόδημά σας από το επάγγελμα που έχετε δηλώσει στο 3α</p> <p>h. Please justify declared annual income, according to your answer in 3a</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |  |                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |  |                   |  |
| <p>θ. Σας έχουν ποτέ απορρίψει ή αποδεχτεί με ειδικούς όρους, για ασφάλιση ζωής, ατυχήματος ή ασθένειας, ή έχουν ποτέ οι Ασφαλιστές των LLOYD's ή οποιαδήποτε Εταιρεία ακυρώσει ή αρνηθεί να ανανεώσει το συμβόλαιό σας; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες</p> <p>i. Have you ever been declined or accepted on special terms for life, accident or sickness insurance, or have Lloyd's Underwriters or any Company ever cancelled or declined to renew your Policy? If YES, give details</p> | <p>NAI<br/>YES</p> |  | <p>OXI<br/>NO</p> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |  |                   |  |

| 6                                                                                                                                                                                                              | ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ<br>ADDITIONAL COVERAGES |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------|
|                                                                                                                                                                                                                | NAI<br>YES                                 | OXI<br>NO |
| Επιθυμείτε να ασφαλισθείτε για τους ακόλουθους κινδύνους;<br>Do you wish to be insured for the following risks?                                                                                                |                                            |           |
| α. Χειμερινά Σπορ<br>a. Winter Sports                                                                                                                                                                          |                                            |           |
| Να περιλαμβάνονται και αγώνες<br>Are competitions to be included                                                                                                                                               |                                            |           |
| β. Καταδύσεις που απαιτούν χρήση αναπνευστικών συσκευών<br>b. Scuba diving involving the use of breathing apparatus                                                                                            |                                            |           |
| γ. Αναρριχήσεις βράχων ή ορειβασία που συνήθως απαιτεί τη χρήση σχοινιών και οδηγών<br>c. Rock climbing or Mountaineering normally involving the use of ropes or guides                                        |                                            |           |
| δ. Εξερευνήσεις σπηλαίων<br>d. Potholing                                                                                                                                                                       |                                            |           |
| ε. Αιωροπτερισμός ή πτώσεις με αλεξίπτωτο<br>e. Hang-gliding or Parachuting                                                                                                                                    |                                            |           |
| στ. Κυνήγι πάνω σε άλογο<br>f. Hunting on horseback                                                                                                                                                            |                                            |           |
| ζ. Συμμετοχή σε αγώνες ταχύτητας οποιουδήποτε είδους είτε ως οδηγός, είτε ως επιβάτης<br>g. Driving or riding in any kind of Race or Competition                                                               |                                            |           |
| η. Επιβίβαση σε μοτοσυκλέτες ή μοτοποδήλατα<br>h. Riding Motor Cycles or Motor Scooters                                                                                                                        |                                            |           |
| θ. Αεροπορικά ταξίδια εκτός από αυτά που περιγράφονται στην ερώτηση 4δ<br>i. Air Travel other than as described in Question 4d                                                                                 |                                            |           |
| ι. Οποιαδήποτε άλλη απασχόληση, σπορ, ψυχαγωγία ή δραστηριότητα που έχουν αυξημένο κίνδυνο ατυχήματος<br>j. Any other occupation, sport, pastime or activity which is likely to involve extra risk of accident |                                            |           |
| Αν έχετε σημειώσει οποιοδήποτε από τα τετράγωνα ΝΑΙ, δώστε πλήρεις λεπτομέρειες παρακάτω<br>If you have ticked any of the "YES" boxes, give full details hereunder                                             |                                            |           |
|                                                                                                                                                                                                                |                                            |           |

**ΔΗΛΩΣΗ  
DECLARATION**

Από ότι γνωρίζω/ουμε και πιστεύω/ουμε, τα στοιχεία που δόθηκαν σε σχέση με αυτήν την πρόταση, γραμμένα με το χέρι μου/μας ή όχι, είναι αληθινά και δεν έχω/ουμε αποκρύψει κανένα σημαντικό στοιχείο.

Καταλαβαίνω/ουμε ότι μη απόκρυψη ή ψευδής παράσταση κάποιου σημαντικού στοιχείου δίνει στους Ασφαλιστές το δικαίωμα να ακυρώσουν την ασφάλιση.

(Σημείωση: Σημαντικό στοιχείο είναι αυτό που τυχόν θα επηρέαζε αποδοχή ή εκτίμηση αυτής της πρότασης από τους Ασφαλιστές. Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία σχετικά με το αν κάποιο στοιχείο είναι σημαντικό ή όχι, πρέπει να το δηλώσετε).

Καταλαβαίνω/ουμε ότι οι Ασφαλιστές θα καθορίσουν τους όρους και εξαιρέσεις τους με βάση τις πληροφορίες που περιέχονται σε αυτήν την πρόταση.

Επίσης καταλαβαίνω/ουμε ότι η υπογραφή αυτής της πρότασης δεν υποχρεώνει εμένα/εμάς να ολοκληρώσω/ουμε, ή τους Ασφαλιστές να αποδεχθούν αυτή την ασφάλιση.

As far as I/we know and I/we believe, the information given in relation to this proposal, written by my/our hand(s) or not, is true and I/we have not concealed any important information.

I/we understand that any non-disclosure or false representation of any important information gives the Insurers the right to cancel the insurance. (Note: An important information is something that would affect the acceptance or appreciation of this proposal by the Insurers. If you have any doubt as to whether an information is important or not, you must state it).

I/we understand that the Insurers will determine their terms and exceptions on the basis of the information contained in this proposal, I/we also understand that the signing of this proposal does not oblige me/us to conclude, or the Insurers to accept this insurance.

Ημερομηνία/ Date \_\_\_\_\_

Υπογραφή /Σφραγίδα Συμβαλλομένου  
Contracting Signature

Υπογραφή Ασφαλισμένου  
Insured Signature

Στοιχεία και Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή  
έχοντος σύμβαση συνεργασίας με την Karavias  
Intermediary Signature

Επωνυμία ή Ονοματεπώνυμο

Κωδικός:

Αρ. Επαγγ. Επιμ.

Υπογραφή:

Στοιχεία και Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή  
έχοντος την άμεση επικοινωνία με τον καταναλωτή  
Intermediary Signature

Επωνυμία ή Ονοματεπώνυμο

Υποκωδικός:

Αρ. Επαγγ. Επιμ.

Υπογραφή:

## ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ/INFORMATIONAL FORM

(Βάσει άρθρων 11,12 του Π.Δ 190/2006-Under articles 11,12 P.D. 190/2006 και/and Ν./L. 4583/2018)

### Ασφαλιστές/Insurers

LLOYD'S Insurance Company S.A.

### Κράτος - μέλος Έδρα των Ασφαλιστών/State-Member seat of the insurers

Βέλγιο/Belgium

### Coverholder (Ανταποκριτής/Correspondent) at Lloyd's

KARAVIAS Underwriting Agency S.A./ΚΑΡΑΒΙΑΣ Μεσίτες & Σύμβουλοι Ασφαλίσεων ΑΕ./ΚΑΡΑΒΙΑΣ Brokers& Insurance Consultants SA  
Αριθμός Μητρώου ασφαλιστικών διαμεσολαβητών του Επαγγελματικού Επιμελητηρίου Αθηνών: 345121  
Registration number of insurance intermediaries at the Athens Chamber of Commerce :34512

Η "Karavias Underwriting Agency" δραστηριοποιείται στην Ελλάδα με αντικείμενο την Ασφαλιστική & Αντασφαλιστική διαμεσολάβηση και είναι Lloyd's Coverholder από το 2014, χειριζόμενη Binding Authorities (δεσμευτικές συμβάσεις) σε όλους τους κλάδους των Γενικών Ασφαλίσεων και ενεργεί για λογαριασμό ορισμένων συνδικάτων των Lloyd's για την ανάληψη των κινδύνων, την έκδοση ασφαλιστηρίων και τη διαχείριση και πληρωμή ζημιών.

The "Karavias Underwriting Agency" operates in Greece as an Insurance and Reinsurance Intermediary and Lloyd's Coverholder since 2014, handling Binding Authorities (Binding contracts) for several types of General Insurance and is acting on behalf of certain Syndicates at Lloyd's for the underwriting ,policy issuance, claims handling .

### Διεύθυνση/Address Coverholder (Ανταποκριτή)

Ευριπίδου 12, 10559, Αθήνα/12, Evripidou 10559 Athens

Τηλ/Tel.: + 30 210 3640618

Fax: + 30 210 3643503 Email: [info@gkaravias.gr](mailto:info@gkaravias.gr) Web: [www.gkaravias.gr](http://www.gkaravias.gr)

ΑΡ. ΓΕΜΗ: 130176403000

### Δίκαιο που διέπει την Ασφαλιστική Σύμβαση/Law governing the Insurance Contract

Ελληνικό/Greek

### Υποβολή Παραπόνων/Complaints

Εάν διαπιστώσετε κάποια δυσλειτουργία ή θα θέλατε για οποιονδήποτε λόγο να παραπονεθείτε, παρακαλούμε επικοινωνήστε άμεσα με τον Υπεύθυνο Διαχείρισης Παραπόνων μας:

If you find a malfunction or would like to complain for any reason, please contact our Complaints Manager immediately:

KARAVIAS UNDERWRITING AGENCY

Ευριπίδου 12, 10559, Αθήνα/12, Evripidou 10559, Athens

Τηλ/Tel.: + 30 210 3640618

Fax: + 30 210 3643503

E-mail: [complaints@gkaravias.gr](mailto:complaints@gkaravias.gr)

**Η διαδικασία διαχείρισης παραπόνων δεν επηρεάζει τα νόμιμα δικαιώματά σας./The grievance redressal does not affect your legal rights**

Τηλ. Επικοινωνίας/Tel contact:

210 3640618 Fax: +30 210 3643503

E-Mail Επικοινωνίας/contact E-mail:

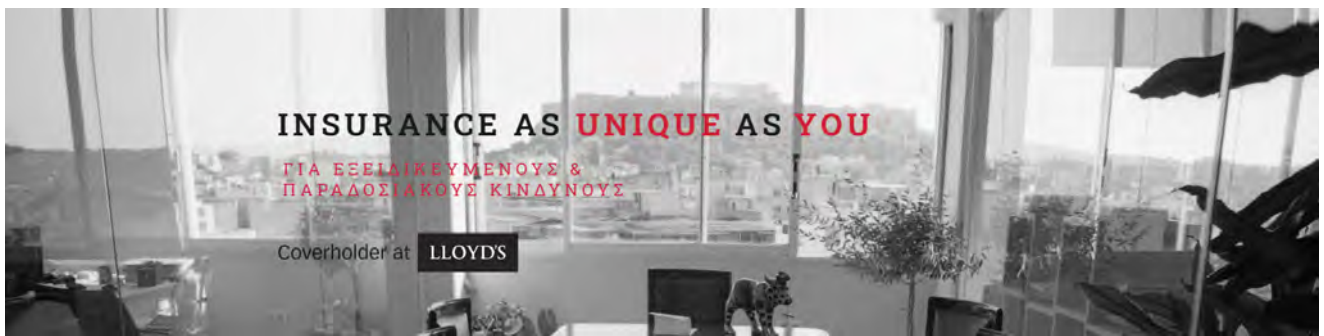
[profesco@gkaravias.gr](mailto:profesco@gkaravias.gr)

Ώρες Λειτουργίας/Working hours:

9:00 – 17:00

Διεύθυνση/Address:

Ευριπίδου 12, 105 59, Αθήνα  
12, Evripidou 10559 Athens



**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

(Η υπογραφή της δήλωσης αυτής είναι αναγκαία για την έκδοση και τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου συμβολαίου)

Ως Συμβαλλόμενος ή Ασφαλιζόμενος, δηλώνω ότι:

1. Διάβασα το τμήμα αίτησης ασφάλισης “Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα” που προηγήθηκε.

[https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2022/07/Binder-GDPR\\_PROP\\_Bilingual.pdf](https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2022/07/Binder-GDPR_PROP_Bilingual.pdf)

2. Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, που πραγματοποιεί η Karavias Underwriting Agency και για τα δικαιώματά που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ. πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης). Επίσης για το δικαίωμά μου να ανακαλέσω οποτεδήποτε στο μέλλον την συγκατάθεση που χορηγώ δις της παρούσης δήλωσης καθώς και για τα δικαιώματά μου που αναφέρονται στα άρθρα 12-22 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων»

3. Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στην παραπάνω εταιρία για τα ακόλουθα:

A) Για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που περιλαμβάνονται σε αυτή την αίτηση ασφάλισης, καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της εταιρίας στο μέλλον και έχουν σχέση με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που αιτούμαι, καθώς και με τη λειτουργία του.

B) Για την τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω δεδομένα σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή.

Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είναι απολύτως αναγκαία για τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου συμβολαίου που αιτούμαι και ότι τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον, θα δίνει στην εταιρία το δικαίωμα να καταγγείλει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που έχει εκδοθεί με βάση αυτή, με άμεση ισχύ.

Ονοματεπώνυμο .....

Υπογραφή .....

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ  
ΓΙΑ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ / ΠΡΩΘΗΤΙΚΟΥΣ / ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ**

Ως Συμβαλλόμενος ή Ασφαλιζόμενος, δηλώνω ότι:

1. Διάβασα το τμήμα αίτησης ασφάλισης “Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα” που προηγήθηκε.  
[https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2022/07/Binder-GDPR\\_PROP\\_Bilingual.pdf](https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2022/07/Binder-GDPR_PROP_Bilingual.pdf)
2. Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα , που πραγματοποιεί η Karavias Underwriting Agency και για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης). Επίσης για το δικαίωμά μου να ανακαλέσω οποτεδήποτε στο μέλλον την συγκατάθεση που χορηγώ δις της παρούσης δήλωσης καθώς και για τα δικαιώματά μου που αναφέρονται στα άρθρα 12-22 του “Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων”.
3. Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στην παραπάνω Εταιρία για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτηση αυτή για εμπορικούς, προωθητικούς και ερευνητικούς σκοπούς, καθώς και για την τήρηση σχετικού αρχείου.

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>ΣΥΝΑΙΝΩ</b>     |  |
| <b>ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ</b> |  |

Ονοματεπώνυμο .....

Υπογραφή .....

## CONSENT DECLARATION FOR THE PROCESSING OF PERSONAL DATA/INFORMATION

(The signing of this declaration is necessary for the issuance and operation of the insurance policy)

As a Contractor/contracting party or Insured, I hereby declare that:

1. I read the insurance application section "Update for the Processing of Personal Data" that preceded.  
[https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2022/07/Binder-GDPR\\_PROP\\_Bilingual.pdf](https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2022/07/Binder-GDPR_PROP_Bilingual.pdf)
2. I have been informed of the processing of the Personal Data provided by Karavias Underwriting Agency and of the rights I have and retain as a data subject (ie access, correction, deletion, purpose limitation, portability and objection). Also for/as per my right to withdraw at any time in the future the consent I grant through this statement as well as for my rights referred to in Articles 12-22 of the General Data Protection Regulation "
3. I provide my express consent (Article 7 of EU Regulation 2016/679) to the above company for/as per the following:
  - A) For the processing of the Personal Data included in this insurance application, as well as for anyone else who comes to the knowledge of the company in the future and are related to the insurance contract I am applying for, as well as to its operation.
  - B) For the keeping/retention of files with all the above data in electronic or other form.

I acknowledge that the processing of Personal Data is absolutely necessary for the operation of the insurance policy I am applying for and that any revocation in the future will give the company the right to terminate the insurance policy issued under it, with immediate effect.

Full Name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

## DECLARATION OF CONSENT FOR THE PROCESSING OF THE PERSONAL DATA FOR COMMERCIAL / PROMOTIONAL / RESEARCH PURPOSES.

As a Contractor/contracting party or Insured, I declare that:

1. I read the insurance application section "Update for the Processing of Personal Data" that preceded.  
[https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2022/07/Binder-GDPR\\_PROP\\_Bilingual.pdf](https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2022/07/Binder-GDPR_PROP_Bilingual.pdf)
2. I have been informed of the processing of the Personal Data provided by Karavias Underwriting Agency and of the rights I have and do retain as a data subject (ie, access, correction, deletion, purpose limitation, portability and objection). Also for/as per my right to withdraw at any time in the future the consent I grant through this statement as well as for my rights referred to in Articles 12-22 of the "General Data Protection Regulation".
3. I provide my express consent (Article 7 of EU Regulation 2016/679) to the above Company for the processing of Personal Data included in this application for commercial, promotional and research purposes, as well as for the keeping of a relevant file.

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>I HEREBY CONSENT</b>            |  |
| <b>I HEREBY DO NOT<br/>CONSENT</b> |  |

Full Name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_