

Profesco
Δήλωση Υγείας
Health Declaration

ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / INSURANCE CERTIFICATE No	
---	--

1	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ / DETAILS OF INSURED						
Όνοματεπώνυμο / Name in Full							
Διεύθυνση / Address							
Τηλέφωνο / Phone No							
Α.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ. / TRN/TRO							
Περίοδος Κάλυψης / Period of Insurance							

2	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ / HEALTH OF INSURED					
Υπάρχει μεταβολή στην υγεία σας; / Any change to your health?				ΝΑΙ/YES	ΟΧΙ/NO	
Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες / If YES, please give details						
Ύψος/Height:		cm.		Βάρος/Weight:		kg.
Ημερομηνία/Date				Τόπος/Place		
Υπογραφή Ασφαλιζομένου/Signature of Insured						
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

(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./KARAVIAS 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 Web: 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

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:

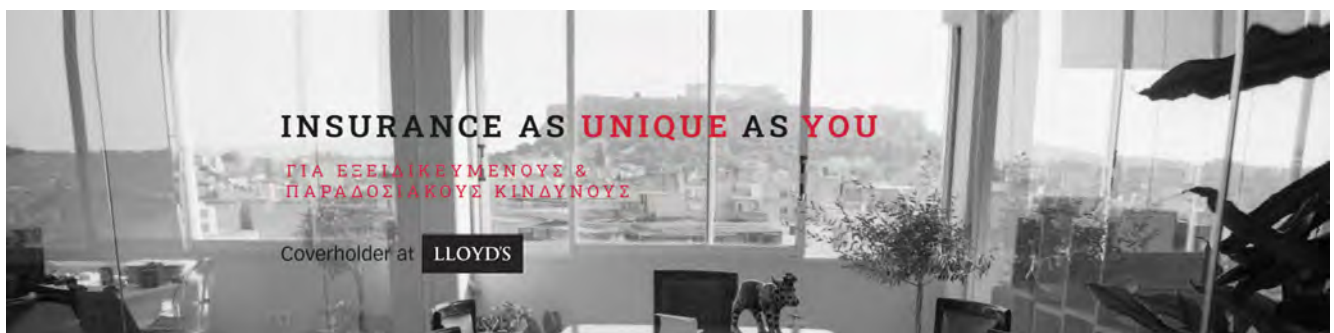
profesco@gkaravias.gr

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
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:

Α) 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.

Β) 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
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 την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτηση αυτή για εμπορικούς, προωθητικούς και ερευνητικούς σκοπούς, καθώς και για την τήρηση σχετικού αρχείου.

ΣΥΝΑΙΝΩ	
ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ	

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

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
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.

I HEREBY CONSENT	
I HEREBY DO NOT CONSENT	

Full Name _____

Signature