

Μικρά Κοσμηματοπωλεία Αίτηση Ασφάλισης

Small Jewelry Stores Proposal Form

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / PROPOSAL FORM

Για κάθε κοσμηματοπωλείο απαιτείται χωριστή πρόταση / A separate Proposal Form must be completed for each premises.

Να απαντηθούν ΟΛΕΣ οι ακόλουθες ερωτήσεις. Εάν η απάντηση σε μια ερώτηση είναι κανένα, σημειώσατε **KANENA**
Please reply fully to **ALL** the following questions. If the answer to any question is none, state "NONE".

| Στοιχεία Επιχείρησης Company's Information | | | |
|--|--------------------|---|-----------------------------|
| Πλήρης Ονομασία του προτεινόμενου για ασφάλιση, θυγατρικής του εταιρίας ή και συνεταιίρου Name of Proposer and Subsidiary and/or Affiliated Companies (in full) | | | |
| Διεύθυνση Έδρας Registered Address | | | |
| A.Φ.Μ. & Δ.Ο.Υ. Vat No & Tax Office | | | |
| Διεύθυνση Κινδύνου Risk Location | | | |
| Έτος ίδρυσης της επιχείρησης Year of establishment | | | |
| Για πόσο χρονικό διάστημα ασκείτε αυτή την επιχειρηματική δραστηριότητα; (κατά ελάχιστο 3 έτη) How long have you carried on business? (minimum 3 years) | | | |
| Φύση της επιχειρηματικής δραστηριότητας Nature of your Business | Λιανικώς Retail | % | Κατασκευή Manufacturing: |
| | | | % |
| Ετήσιος Τζίρος Annual Turnover | | | |
| Υπάλληλοι Employees | | | |
| Πόσους υπαλλήλους έχετε; How many employees have you? | | | |
| Πόσοι υπάλληλοι είναι στις εγκαταστάσεις κατά τις ώρες λειτουργίας της επιχείρησης; How many employees are present at the premises during business hours? | | | |
| Απογραφή Εμπορευμάτων Stock Records | | | |
| Πότε έγινε απογραφή τους τελευταίους 12 μήνες; Was your last stocktaking in the last 12 months? | | | |

**Πληροίτε τις ελάχιστες προϋποθέσεις όπως περιγράφονται παρακάτω;
Do you comply with the minimum requirements as set out below?**

**Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ
Εάν όχι, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες/διευκρινίσεις
Answer with YES or NO
If NO, please give details/clarifications**

| | |
|--|--|
| Επαρκή βιβλία και αρχεία (ρήτρα παροχής στοιχείων εμπορευμάτων – ρήτρα απογραφής) Adequate books and records (Stocks Checks Clause) | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| Πλήρως λειτουργικό σύστημα συναγερμού συνδεδεμένο με εταιρία λήψης σημάτων που να ενσωματώνει Fully functioning intruder alarm system incorporating | |
| Περιμετρική και εσωτερική προστασία / Perimeter and internal protection | |
| Προστασία του χρηματοκιβωτίου / Protection for safe | |
| Αυτόνομη και auto-protected ηχητική σειρήνα / Auto-powered and auto-protected audible siren | |
| Απομακρυσμένη ειδοποίηση προς τον ασφαλιζόμενο / Remote signal transmission to Policyholder | |

| | |
|---|--|
| Χρηματοκιβώτιο με προστασία κατά κλοπής κατηγορίας κατά ελάχιστο Class 3 συνδεδεμένο με το σύστημα συναγερμού / A minimum of Class 3 burglary resistive safe connected to the alarm system | |
|---|--|

| | |
|---|--|
| Κατεβασμένα Ρολά προστασίας εκτός ωρών εργασίας / Roll-down shutters outside business hours | |
|---|--|

| | |
|--|--|
| Το ασφαλιζόμενο κεφάλαιο εμπορευμάτων να μην ξεπερνά τα € 250.000 / Stock values exposed not to exceed € 250.000 | |
|--|--|

| |
|---|
| <p>Εκτός εάν συμφωνηθεί διαφορετικά στο συμβόλαιο οι ζημιές των εμπορευμάτων θα αποζημιώνονται με βάση το ΚΟΣΤΟΣ. Όλοι οι αριθμοί που αναφέρονται στην πρόταση ασφάλισης θα πρέπει να αντιπροσωπεύουν αυτή τη βάση αποτίμησης</p> <p>Unless otherwise agreed on the Policy claims in respect of your own stock will be settled on the basis of COST price. All figures completed in this Proposal must reflect the basis of valuation required.</p> |
|---|

Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο
Sum Insured

| Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο Sum Insured | | | | | | | |
|--|--|-------|-------|-------|--|--|--|
| Για ποιο κεφάλαιο επιθυμείτε να ασφαλιστείτε; / For what amount is Policy required? | | | | | | | |
| <p>Για το εμπόρευμα (συμπεριλαμβανομένων αντικειμένων προς φύλαξη)</p> <p>On Stock (including goods in trust)</p> | <p>..... €</p> | | | | | | |
| <p>Για λοιπά είδη εμπορευμάτων, όπως ρούχα, αναμνηστικά, κεραμικά και τα συναφή με την επιχείρηση του Ασφαλισμένου</p> <p>For other kind of stock such as clothes, souvenirs, ceramics and the like usual to the Assured's business</p> | <p>..... €</p> | | | | | | |
| <p>Για τα έπιπλα καταστήματος και γραφείου, εξοπλισμό, μηχανές, χρηματοκιβώτια, σύστημα συναγερμού, διακόσμηση κλπ περιεχόμενα (εκτός των εμπορευμάτων και των αντικειμένων προς φύλαξη) <u>έως 25% του κεφαλαίου των εμπορευμάτων</u> έναντι κινδύνων φωτιάς, κεραυνού, έκρηξης, πτώσης αεροσκαφών, ληστείας ή κλοπής ή απόπειρα ληστείας ή κλοπής, καταιγίδας, πλημμύρας, θραύσης, υπερχειλίσης ή διαρροής σωλήνων ύδρευσης ή άλλου εξοπλισμού κλπ, ή πρόσκρουση από οποιοδήποτε οδικό όχημα, άλογο ή βοοειδή που δεν ανήκουν ή βρίσκονται υπό τον έλεγχο του Ασφαλισμένου</p> <p>On Trade and Office Furniture, Fixtures and Fittings, Machinery, Plant, Safes, Alarm Systems, Tenants' decorations and improvements, and all other Contents (except your stock and goods in trust) up to a limit of <u>25% of the Stock Sum Insured</u> at your premises against the risks of Fire, Lightning, Explosion, Aircraft, Burglary or Theft or any attempt thereat, Storm, Tempest, Flood or Bursting or Overflowing or Leakage of Water Pipes or Apparatus, or Impact by any road vehicle, horse or cattle not belonging to or under the control of the Assured</p> | <p>..... €</p> | | | | | | |
| <p>Θραύση κρυστάλλων έως € 1.000</p> <p>Glass up to € 1.000</p> | <p>..... €</p> | | | | | | |
| <p>Χρήματα σε χρηματοκιβώτιο έως € 10.000</p> <p>Money in locked safe up to € 10.000</p> | <p>..... €</p> | | | | | | |
| ΣΥΝΟΛΟ TOTAL | <p>..... €</p> | | | | | | |
| ΑΠΑΛΛΑΓΗ / DEDUCTIBLE Διαλέξτε ανάμεσα σε / Choose among: | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none; text-align: center;">1000€</td> <td style="width: 33%; border: none; text-align: center;">2000€</td> <td style="width: 33%; border: none; text-align: center;">5000€</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; border: none; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border: none; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border: none; height: 20px;"></td> </tr> </table> | 1000€ | 2000€ | 5000€ | | | |
| 1000€ | 2000€ | 5000€ | | | | | |
| | | | | | | | |

**ΖΗΜΙΕΣ
LOSSES**

Έχει ο Ασφαλιζόμενος υποστεί οποιαδήποτε ζημιά που θα μπορούσε να αποζημιωθεί γι' αυτή εάν ήταν ασφαλισμένη;
Has the Proposer to be insured sustained any loss that would be covered if insured?

**Εάν ναι, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες
If "yes", please provide details**

Ημερομηνία κάθε ζημιάς
Date of each loss

Συνθήκες και ποσά κάθε ζημιάς;
Circumstances and amount of each loss?

Ποιος ήταν ο ασφαλιστής;
Who was the insurer?

Αποζημιωθήκατε πλήρως από τους ασφαλιστές ή όχι;
Were you fully compensated by the underwriters or not?

**ΔΗΛΩΣΗ
DECLARATION**

Η υπογραφή αυτής της πρότασης δεν υποχρεώνει τον προτείνοντα να ασφαλιστεί, αλλά συμφωνείται ότι η πρόταση αυτή θα αποτελέσει τη βάση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου εάν αυτό εκδοθεί και θα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος αυτού.
Εγώ / Εμείς διαβάσαμε τα ανωτέρω και συμφωνούμε ότι απαντήσαμε σύμφωνα με τις γνώσεις μας και πιστεύουμε ότι οι απαντήσεις μας είναι αληθείς.

Εγώ / Εμείς συμφωνούμε ότι εάν η ασφάλιση αυτή πραγματοποιηθεί δεν θα αποσύρουμε ούτε θα τροποποιήσουμε τα μέτρα ασφαλείας και τις προφυλάξεις που αναφέρονται στην πρόταση αυτή, ούτως ώστε να βλαφθούν τα συμφέροντα των ασφαλιστών χωρίς τη σύμφωνη γνώμη τους.

Signing this Form does not bind the Proposer to complete the Insurance, but it is agreed that this Form shall be the basis of the Contract should a Policy be issued and will be integral part of the policy.

I/We have read the above and agree that to the best of my/our knowledge and belief it represents a true and complete statement.

I/We agree that if this Insurance is completed the protections and/or safeguards mentioned above shall not be withdrawn or varied to the detriment of the interests of the Underwriters without their consent.

Ημερομηνία / Date:

| | |
|---|--|
| Υπογραφή Συμβαλλόμενου 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: |
|--|--|

Ελάχιστα απαιτούμενα μέτρα προστασίας ώστε να πληρούνται οι προϋποθέσεις κάλυψης του συγκεκριμένου συμβολαίου

- Επαρκή βιβλία και αρχεία (ρήτρα παροχής στοιχείων εμπορευμάτων – ρήτρα απογραφής)
- Πλήρως λειτουργικό σύστημα συναγερμού συνδεδεμένο με εταιρία λήψης σημάτων που να ενσωματώνει:
 1. Περιμετρική και εσωτερική προστασία
 2. Προστασία του χρηματοκιβωτίου
 3. Αυτόνομη και auto-protected ηχητική σειρήνα
 4. Απομακρυσμένη ειδοποίηση προς τον ασφαλιζόμενο
- Χρηματοκιβώτιο με προστασία κατά κλοπής κατηγορίας κατά ελάχιστο Class 3 συνδεδεμένο με το σύστημα συναγερμού
- Κατεβασμένα Ρολά προστασίας εκτός ωρών εργασίας
- Το ασφαλιζόμενο κεφάλαιο εμπορευμάτων να μην ξεπερνά τα € 250.000

Εκτός εάν συμφωνηθεί διαφορετικά στο συμβόλαιο οι ζημιές των εμπορευμάτων θα αποζημιώνονται με βάση το **ΚΟΣΤΟΣ**.

Όλοι οι αριθμοί που αναφέρονται στην πρόταση ασφάλισης θα πρέπει να αντιπροσωπεύουν αυτή τη βάση αποτίμησης.

Η υπογραφή της σελίδας αυτής δεν υποχρεώνει τον ενδιαφερόμενο να συνάψει ασφάλιση, αλλά δηλώνεται και συμφωνείται πως αυτή η σελίδα αποτελεί επιβεβαίωση ότι τα μέτρα προστασίας του καταστήματος του ασφαλισμένου πληρούν τα ελάχιστα απαιτούμενα σύμφωνα με τα παραπάνω ώστε να πληρούνται οι προϋποθέσεις κάλυψης σε περίπτωση έκδοσης συμβολαίου.

Έχω διαβάσει τα παραπάνω και συμφωνώ πως εξ όσων γνωρίζω και πιστεύω αντιπροσωπεύει μια αληθή και πλήρη έκθεση/δήλωση.

Δηλώνω και συμφωνώ πως εάν αυτή η αίτηση προχωρήσει σε έκδοση συμβολαίου τα μέτρα προστασίας που αναφέρονται παραπάνω δε θα αφαιρεθούν ή τροποποιηθούν σε βάρος των συμφερόντων των Ασφαλιστών χωρίς τη συγκατάθεσή τους.

Ημερομηνία / Date: __/__/__

Υπογραφή / Signature:

.....

(Πληροφοριακό Έντυπο υποχρεωτικό εκ του Ν. 4583/2018)

Η εταιρεία με την επωνυμία «ΚΑΡΑΒΙΑΣ Μεσίτες Ασφαλίσεων Μον ΑΕ» (Karavias Underwriting Agency - KUA), εφεξής «ΚUA» παρέχει υπηρεσίες Μεσίτη Ασφαλίσεων, οι οποίες συνίστανται στην άσκηση της δραστηριότητας διανομής ασφαλιστικών προϊόντων, όπου με γραπτή εντολή του πελάτη, διενεργεί αμερόληπτη ανάλυση και συστήνει το κατάλληλο ασφαλιστικό προϊόν, κατόπιν ανάλυσης επαρκούς αριθμού ασφαλιστικών συμβάσεων και προϊόντων που διατίθενται στην αγορά, χωρίς να δεσμεύεται ως προς την επιλογή της ασφαλιστικής επιχείρησης.

Η ΚUA είναι Coverholder at Lloyd's Insurance Company S.A., χειρίζεται δεσμευτικές συμβάσεις (Binders) σε συγκεκριμένα ασφαλιστικά προϊόντα και ενεργεί σύμφωνα με την εξουσιοδότηση που της έχει δοθεί, για την ανάληψη των κινδύνων, την έκδοση συμβολαίων και την διαχείριση των ζημιών.

| | |
|--|---|
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ | ΚΑΡΑΒΙΑΣ Μεσίτες Ασφαλίσεων Μον ΑΕ (Karavias Underwriting Agency - KUA) |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΜΗ | 130176403000 |
| ΑΦΜ ΔΟΥ | 800575909 ΦΑΕ ΑΘΗΝΩΝ |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | Ευριπίδου 12, 105 59 Αθήνα |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ | 345121 |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ | 174 |
| ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΝΙΑΙΟΥ ΣΗΜΕΙΟΥ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ (παρ. 10, άρθρο 19, Ν. 4583/2018) http://insuranceregistry.uhc.gr/Search | Μπορείτε να αναζητήσετε πληροφόρηση για την ΚUA εισάγοντας οποιοδήποτε εκ των τριών στοιχείων που ζητούνται από το σύστημα (είτε το ΑΦΜ, είτε τον αριθμό ΓΕΜΗ, είτε την επωνυμία), τα οποία παρατίθενται στο παρόν Έντυπο |
| Στοιχεία Επικοινωνίας | Τηλέφωνο: + 30 210 3640618/ Φαξ: + 30 210 3643503 E-mail: info@gkaravias.gr / Web: www.gkaravias.gr |

Λοιπές Πληροφορίες

1. Η ΚUA δεν κατέχει οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση συμμετοχή σε ασφαλιστική επιχείρηση που να φθάνει ή να υπερβαίνει ποσοστό δέκα τοις εκατό (10%) των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου της
2. Καμία ασφαλιστική επιχείρηση ή μητρική ασφαλιστικής επιχείρησης δεν κατέχει οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση συμμετοχή που να φθάνει ή να υπερβαίνει ποσοστό δέκα τοις εκατό (10%) των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου της ΚUA
3. Η ΚUA παρέχει συμβουλή για τα προϊόντα ασφαλιστικών επιχειρήσεων τα οποία προωθεί προς διανομή στο πλαίσιο του Ν. 4583/2018
4. Η ΚUA φέρει εξουσιοδότηση από ορισμένες ασφαλιστικές επιχειρήσεις, προκειμένου να εισπράττει ασφάλιστρα από τον πελάτη για λογαριασμό τους. Η διαδικασία πληρωμής γίνεται με κατάθεση από τον πελάτη του ποσού των ασφαλίσεων σε τραπεζικό λογαριασμό της ΚUA ή μέσω χρήσης POS της ΚUA
5. Η ΚUA λαμβάνει προμήθεια από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις στις οποίες τοποθέτησε τον ασφαλιστικό κίνδυνο κατ' εντολή του πελάτη, είτε λαμβάνει (και) αμοιβή από τον πελάτη βάσει έγγραφης σύμβασης
6. Η ΚUA δραστηριοποιείται με τρόπο που την καθιστά νομικά και οικονομικά ανεξάρτητη από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις

Εξωδικαστική επίλυση τυχόν διαφορών

Σύμφωνα με το άρθρο 11 σε συνδυασμό με το άρθρο 28 παρ. 1, περ. δ του Ν. 4583/2018, προκειμένου για την εξωδικαστική επίλυση τυχόν διαφορών του με την ΚUA, ο πελάτης μπορεί να προσφύγει στον Συνήγορο του Καταναλωτή, ο οποίος έχει συσταθεί με τον ν. 3297/2004 (Α' 259), ή σε άλλον φορέα Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών, νόμιμα καταχωρισμένο στο Μητρώο της Γενικής Διεύθυνσης Προστασίας Καταναλωτή και Εποπτείας της Αγοράς, σύμφωνα με το άρθρο 18 της 70330οικ./30.6.2015 κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομίας, Υποδομών, Ναυτιλίας και Τουρισμού και Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (Β' 1421)

Ασφαλισμένοι, αντισυμβαλλόμενοι, δικαιούχοι, ενώσεις καταναλωτών και κάθε ενδιαφερόμενος μπορεί να υποβάλει έγγραφη καταγγελία κατά της ΚUA στη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (Δ.Ε.Ι.Α) της Τράπεζας της Ελλάδος για πράξεις ή παραλείψεις που συνιστούν παραβιάσεις της κείμενης νομοθεσίας σχετικά με την ασφαλιστική διαμεσολάβηση ή αντιβαίνουν στα χρηστά ή συναλλακτικά ήθη ή προσκρούουν στη δημόσια τάξη και ιδιαίτερα για πράξεις ή παραλείψεις που μπορούν να καταλογιστούν σε Μεσίτη Ασφαλίσεων. Η ΔΕΙΑ δύναται να παραπέμψει την διαφορά στον Συνήγορο του Καταναλωτή (ν. 3297/2004)

Πολιτική Διαχείρισης Αιτιάσεων - Παραπόνων της ΚUA

Για τη διαχείριση Παραπόνων-Αιτιάσεων η ΚUA εφαρμόζει Πολιτική Διαχείρισης Αιτιάσεων, την οποία μπορείτε να βρείτε αναρτημένη στο site της ως «αιτίαση» νοείται η έγγραφη δήλωση δυσαρέσκειας, που απευθύνεται σε ασφαλιστικό διαμεσολαβητή από πρόσωπο που γίνεται αποδέκτης των υπηρεσιών του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή. Στις αιτιάσεις δεν περιλαμβάνονται αναγγελίες απαιτήσεων ή αιτήσεις αποζημίωσης ούτε απλά αιτήματα που σχετίζονται με την εκτέλεση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου και την παροχή πληροφοριών ή διευκρινίσεων. Η ΚUA υποχρεούται να απαντάει εγγράφως και αιτιολογημένα στον αιτώμενο εντός προθεσμίας πενήντα (50) ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία υποβολής της αιτίας ως εξής: Μέσω e-mail: complaints@gkaravias.gr / Μέσω τηλεφώνου: + 30 210 3640618 (Δευτέρα έως Παρασκευή: 9 πμ έως 5μμ) Μέσω fax.: + 30 210 3643503/Ταχυδρομικώς, με συστημένη επιστολή, υπόψη: Υπευθύνου Διαχείρισης Παραπόνων ΚUA, Ευριπίδου 12, 105 59 Αθήνα.

Σας ενημερώνουμε ότι η ενεργοποίηση του μηχανισμού εξέτασης παραπόνων - αιτιάσεων δεν διακόπτει την παραγραφή των τυχόν έννομων αξιώσεων.

Σε περίπτωση που δεν επιτευχθεί μια αμοιβαίως αποδεκτή λύση μπορείτε να απευθυνθείτε εντός των προβλεπόμενων προθεσμιών, για την εξωδικαστική επίλυση της αιτίας σας σε μια από τις παρακάτω αρμόδιες Αρχές (ή και περισσότερες της μιας): στην Γενική Γραμματεία Καταναλωτή <https://www.efpolis.gr/> στον Συνήγορο του Καταναλωτή <https://www.synigoroskatalanoti.gr/> στη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης της Τράπεζας της Ελλάδος <https://www.bankofgreece.gr/>

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/2024/04/Binder-GDPR_PROP_Bilingual_v2.pdf
2. Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, που πραγματοποιεί η Karavias Underwriting Agency και για τα δικαιώματά μου 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.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ / ΠΡΟΩΘΗΤΙΚΟΥΣ / 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/2022/05/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.

| | |
|--------------------|--|
| ΣΥΝΑΙΝΩ | |
| ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ | |

Όνοματεπώνυμο

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/2022/05/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/2022/05/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 obtain 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 _____