

Profesco  
Αίτηση Ασφάλισης  
Application Form

## ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / APPLICATION FORM

Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής  
Insurance Intermediary

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

2		ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ / INSURED PERSONAL INFORMATION (συμπληρώνεται εφόσον ο Ασφαλισμένος είναι άλλος από τον Συμβαλλόμενο)				
Επώνυμο / Last name		Α.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	Έτος / Year
Διεύθυνση Εισπράξεως			Υψος / Height			
Collection Address			Βάρος / Weight			

3		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ / OCCUPATION INFORMATION			
α. Επάγγελμα Occupation					
β. Ασχολείσθε με περισσότερα από ένα επαγγέλματα; Are you engaged with more than one occupations?	ΝΑΙ/YES		ΟΧΙ/NO		
Αν <b>ΝΑΙ</b> παρακαλούμε δηλώστε τα όλα If <b>YES</b> , declare them all					
γ. Ασχολείσθε αποκλειστικά με εργασία γραφείου; Is your occupation solely an office or administrative nature?	ΝΑΙ/YES		ΟΧΙ/NO		
Αν <b>ΟΧΙ</b> παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες 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) 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; Αν επιλέξατε <b>ΟΧΙ</b> , η ασφάλισή σας θα σας καλύπτει για <b>ΑΤΥΧΗΜΑ ΜΟΝΟ</b> c. Do you require Accidents and Sickness cover? If you chose <b>NO</b> , you will be covered for <b>ACCIDENT ONLY</b>	ΝΑΙ/YES		ΟΧΙ/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 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	ΝΑΙ/YES		ΟΧΙ/NO		
δ. Ταξιδεύετε αεροπορικά σαν επιβάτης πολυκινητήριων αεροσκαφών τακτικών αεροπορικών εταιρειών; Αν <b>ΝΑΙ</b> , αναφέρατε τον κατά προσέγγιση αριθμό πτήσεων και πιθανούς προορισμούς ανά έτος 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	ΝΑΙ/YES		ΟΧΙ/NO		
Παρακαλούμε δηλώστε την ημερομηνία από την οποία επιθυμείτε να ισχύει η κάλυψή σας State period of insurance and commencement date required					
* ΑΠΑΛΛΑΓΗ / DEDUCTIBLE					

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

Δικαιούχοι Beneficiaries	Ποσοστό Percentage
	%
	%
	%
	%
	%

<b>5</b>	<b>ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΤΙΣ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΣ ΣΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΤΕΤΡΑΓΩΝΑΚΙ (X) PLEASE ANSWER BY CHECKING THE APPROPRIATE BOX BELOW (X)</b>				
α. Έχετε ελαττωματική ακοή ή όραση; Αν ΝΑΙ, σε ποιο βαθμό a. Do you suffer from defective hearing or vision? If YES, to what extent?		ΝΑΙ YES		ΟΧΙ NO	
β. Είχατε ποτέ κήλη, διάστρεμμα, δισκοπάθεια ή άλλο φυσικό ελάττωμα χρόνιας ή υποτροπιάζουσας φύσης; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες 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 YES		ΟΧΙ NO	
γ. Υποφέρατε ποτέ από οποιαδήποτε καρδιακή πάθηση, υπέρταση, κίρσους, νευρικές διαταραχές, αλκοολισμό, τοξικομανία ή άλλη ασθένεια ή οργανική αδυναμία χρόνιας ή υποτροπιάζουσας φύσης; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες 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 YES		ΟΧΙ NO	

<p>δ. Έχετε ποτέ χειρουργηθεί ή είχατε λόγους να πιστεύετε ότι ίσως χρειάζεστε χειρουργική επέμβαση; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες  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>ΝΑΙ YES</p>		<p>ΟΧΙ 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;  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>ΝΑΙ YES</p>		<p>ΟΧΙ NO</p>	
<p>στ. Εκτός από οτιδήποτε έχετε ήδη αναφέρει, είστε τώρα υγιής και γενικά έχετε καλή υγεία; Αν ΟΧΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες  f. Apart from any matter you have already described, are you now in and do you generally enjoy good health?</p>	<p>ΝΑΙ YES</p>		<p>ΟΧΙ NO</p>	
<p>ζ. Είστε τώρα ασφαλισμένος για ατύχημα ή ασθένεια; Αν ΝΑΙ, με ποια εταιρεία;  g. Are you now insured against accident or sickness? If YES, with whom?</p>	<p>ΝΑΙ YES</p>		<p>ΟΧΙ NO</p>	
<p>ζ1. Για ποιο βασικό κεφάλαιο και εβδομαδιαίες παροχές;  g1. For what capital amount weekly benefits?</p>				
<p>η. Παρακαλούμε αιτιολογήστε το δηλωμένο εισόδημά σας από το επάγγελμα που έχετε δηλώσει στο 3α  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  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>ΝΑΙ YES</p>		<p>ΟΧΙ NO</p>	

6	ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ ADDITIONAL COVERAGES	
	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
Επιθυμείτε να ασφαλισθείτε για τους ακόλουθους κινδύνους; Do you wish to be insured for the following risks?		
α. Χειμερινά Σπορ a. Winter Sports		
Να περιλαμβάνονται και αγώνες Are competitions to be included		
β. Καταδύσεις που απαιτούν χρήση αναπνευστικών συσκευών b. Scuba diving involving the use of breathing apparatus		
γ. Αναρριχήσεις βράχων ή ορειβασία που συνήθως απαιτεί τη χρήση σχοινιών και οδηγών c. Rock climbing or Mountaineering normally involving the use of ropes or guides		
δ. Εξερευνήσεις σπηλαίων d. Potholing		
ε. Αιωροπτερισμός ή πτώσεις με αλεξίπτωτο e. Hang-gliding or Parachuting		
στ. Κυνήγι πάνω σε άλογο f. Hunting on horseback		
ζ. Συμμετοχή σε αγώνες ταχύτητας οποιουδήποτε είδους είτε ως οδηγός, είτε ως επιβάτης g. Driving or riding in any kind of Race or Competition		
η. Επιβίβαση σε μοτοσυκλέτες ή μοτοποδήλατα h. Riding Motor Cycles or Motor Scooters		
θ. Αεροπορικά ταξίδια εκτός από αυτά που περιγράφονται στην ερώτηση 4δ i. Air Travel other than as described in Question 4d		
ι. Οποιαδήποτε άλλη απασχόληση, σπορ, ψυχαγωγία ή δραστηριότητα που έχουν αυξημένο κίνδυνο ατυχήματος 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 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:

**(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) <a href="http://insuranceregistry.uhc.gr/Search">http://insuranceregistry.uhc.gr/Search</a>	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: <a href="mailto:info@gkaravias.gr">info@gkaravias.gr</a> / Web: <a href="http://www.gkaravias.gr">www.gkaravias.gr</a>

**Λοιπές Πληροφορίες**

- 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
- 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
- Η ΚUA παρέχει συμβουλή για τα προϊόντα ασφαλιστικών επιχειρήσεων τα οποία προωθεί προς διανομή στο πλαίσιο του Ν. 4583/2018
- 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
- 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
- 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](mailto: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/2024/10/Binder-GDPR\\_PROP\\_Greek\\_v2.pdf](https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2024/10/Binder-GDPR_PROP_Greek_v2.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 δικαιώματα 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 / 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/2024/04/Binder-GDPR\\_PROP\\_Bilingual\\_v2.pdf](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 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 δικαιώματα 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>	

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/2024/10/Binder-GDPR\\_PROP\\_English\\_v2.pdf](https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2024/10/Binder-GDPR_PROP_English_v2.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 CONSENT</b>	

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

Signature \_\_\_\_\_