

Έργα Τέχνης Αίτηση Ασφάλισης

Fine Art Proposal Form

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ PROPOSAL FORM

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις σύμφωνα με όσα γνωρίζετε και πιστεύετε. Όλα τα ουσιώδη πραγματικά γεγονότα πρέπει να γνωστοποιηθούν, διότι σε αντίθετη περίπτωση ενδέχεται να ακυρωθεί οποιοδήποτε εκδοθέν ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή πιστοποιητικό. Εάν θεωρείτε ότι οποιαδήποτε ερώτηση απαιτεί εξειδικευμένη γνώση που δεν είστε σε θέση να έχετε, επισημάνετε το στην απάντησή σας.

Answer all questions to the best of your knowledge and belief. All material facts must be disclosed, as failure to do so may nullify any policy or certificate issued. If you consider that any question requires expert knowledge which you are unable to provide, indicate this in your answer.

1	Στοιχεία Συμβαλλόμενου Details of the Contracting Party				
Επωνυμία / Ονοματεπώνυμο Full name of insured					
Επάγγελμα Profession		A.Φ.Μ. Vat No.		Δ.Ο.Υ Tax Office	
Τηλ. Tel.		Φαξ Fax		E-mail	
Κλάδος Industrial Sector		Ετήσιος Τζίρος Annual Turnover		Αριθμός Εργαζομένων Number of Employees	
Διεύθυνση Έδρας Seat Address					
Διεύθυνση Address		T. K. Post Code		Πόλη City	

2	Στοιχεία Ασφαλιζόμενου Details of the Insured				
Επωνυμία / Ονοματεπώνυμο Full name of insured					
Επάγγελμα Profession		A.Φ.Μ. Vat No.		Δ.Ο.Υ Tax Office	
Τηλ. Tel.		Φαξ Fax		E-mail	
Διεύθυνση Έδρας Seat Address					
Διεύθυνση Address		T. K. Post Code		Πόλη City	
Διεύθυνση Κινδύνου Risk Address					
Διεύθυνση Address		T. K. Post Code		Πόλη City	

Διάρκεια Κάλυψης Ετήσια Duration of Coverage Annual		Τσεκάρετε με ✓ τον επιθυμητό τρόπο πληρωμής Please ✓ the preferred payment method
Τρόπος Πληρωμής Payment Method	Εξάμηνος Semi-annually	Ετήσιος Annually

Είδος Καλύψεων Coverage Type		Τσεκάρετε με ✓ το επιθυμητό είδος καλύψεων Please ✓ the preferred coverage type
Κατά Παντός Κινδύνου Χωρίς Σεισμό All Risks Excluding Earthquake		
Κατά Παντός Κινδύνου Με Σεισμό All Risks Including Earthquake		
Τρομοκρατικές Ενέργειες Acts of Terrorism		

Κατασκευή & Χρήση Κτιρίου Construction & Use of the Premises		
Είναι τα κτίρια (συμπεριλαμβανομένων και των βοηθητικών κτισμάτων): Are the buildings (including outbuildings):	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
1. Κατασκευασμένα από τούβλα, πέτρες ή ενισχυμένο σκυρόδεμα και η σκεπή με κεραμίδια, μέταλλο ή ενισχυμένο σκυρόδεμα και σε καλή κατάσταση; 1. Built of brick, stone or reinforced concrete and roofed with tile, metal or reinforced concrete and in good condition and repair?		
2. Σε περιοχή που δεν κινδυνεύει από πλημμύρα και δεν είναι πλησίον ποταμών; 2. In an area which is free from flooding and not in the vicinity of any rivers?		
3. Επαγγελματικοί χώροι, ανοικτοί στο κοινό; 3. Used for any business or professional purposes, open to the public?		
4. Αφύλακτα συχνά την ημέρα ή τη νύχτα; 4. Regularly left unattended by day or night?		
5. Σε περίπτωση Ιδιωτικής Συλλογής σε σπίτι όπως διευκρινισθεί εάν πρόκειται για κύρια ή δευτερεύουσα κατοικία 5. In respect of Private Collection at house please clarify if this is main or holiday residence.		
Έτος Κατασκευής Construction Year		
<i>Λεπτομέρειες σε περίπτωση καταφατικής απάντησης</i> <i>If you answered in the affirmative, please provide details</i>		

Παρακαλούμε επιλέξτε τον τύπο της τοποθεσίας κινδύνου Please select the type of risk location	Διαμέρισμα Apartment		Μονοκατοικία Detached House	
	Όροφος Floor	Όροφος Floor	Υπόγειο Basement	Ισόγειο Ground Floor
Τσεκάρετε με ✓ την αντίστοιχη απάντηση και συμπληρώστε τις επιπλέον πληροφορίες Please ✓ the respective answer and fill in the additional information				

**Κατασκευαστικές & Διακοσμητικές Εργασίες
Building & Decorating Work**

Πρέπει να ειδοποιήσετε τον Ασφαλιστή σας πριν αρχίσετε οποιοσδήποτε εργασίες στο κτίριο που ευρίσκονται τα ασφαλισμένα αντικείμενα.
You must contact your Insurer before entering into any agreement for any work to be carried out at the premises containing the insured items.

Προτίθεστε να κάνετε οποιοσδήποτε εργασίες στα κτίρια που ευρίσκονται τα ασφαλιζόμενα αντικείμενα με εργολάβους;
Do you intend to carry out any work on the premises containing the insured items involving outside contractors?

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

**Ασφαλιζόμενες Αξίες
Amounts to be insured**

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα προς ασφάλιση κεφάλαια ανά κατηγορία
Please fill in the sum to be insured per category

Αξία σε Ευρώ (€)
Amount in Euro (€)

**Πίνακες ζωγραφικής, φωτογραφίες, λιθογραφίες κ.α.
Paintings, pictures, lithographies, etc.**

€

**Βιβλία
Books**

€

**Χαλιά
Carpets**

€

**Γλυπτά και μη εύθραυστες κατασκευές, αντικείμενα κατασκευασμένα από μη πολύτιμα μέταλλα ή ξύλο
Statues and Sculptures of non-fragile nature, items of non-precious metals or wood**

€

**Πορσελάνες, κεραμικά, γυάλινα και άλλα εύθραυστα αντικείμενα
Porcelain, ceramics, glass and other items of brittle or fragile nature**

€

**Έπιπλα αντίκες
Antique Furniture**

€

**Ρολόγια τοίχου και χειρός και άλλα μηχανικά αντικείμενα τέχνης
Clocks, watches and other mechanical art**

€

**Χρυσά, αργυρά και άλλα πολύτιμα μέταλλα
Gold, silver and other precious metals**

€

**Κοσμήματα
Jewellery**

€

**Γούνες
Furs**

€

**Άλλα αντικείμενα λεπτομερώς
Other items (give details)**

€

Οι ασφαλιζόμενες αξίες αντιπροσωπεύουν τρέχουσες εμπορικές αξίες;
Do the amounts insured represent current market value?

NAI
YES

OXI
NO

**Εάν όχι, εξηγήστε
If "no", please explain**

Αναλυτική λίστα με περιγραφή (καλλιτέχνης, τίτλος/θέμα, υλικό, διαστάσεις, αξία) και φωτογραφίες ανά έργο που να περιλαμβάνει τα στοιχεία των Δανειστών ανά έργο όπως και τη διεύθυνση παραλαβής & επιστροφής.

Συναγερμός Burglar Alarm			
Κατασκευαστής του συστήματος συναγερμού (επωνυμία εταιρίας) Make of the burglar alarm system (company name)			
Παρακαλούμε επιλέξτε με ✓ Please ✓			
Μόνο θορύβου Bells only	Συνδεδεμένο με την αστυνομία Connected to the Police	Συνδεδεμένο με εταιρία λήψης σημάτων Connected to a Central Station	
Καλύπτει όλους τους χώρους και όλα τα ανοίγματα; Does it protect all areas and openings?		ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
Υπάρχει συμβόλαιο συντήρησης; Is the alarm maintained under contract?	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO	
Εάν ναι, με ποιόν; If "yes", by whom?			

Χρηματοκιβώτιο Safe		
Γενικές Πληροφορίες General Information		
Κατασκευαστής (επωνυμία) Manufacturer (name)	Τύπος Model	Χρονολογία Κατασκευής Age of the Safe
Παρακαλούμε επιλέξτε με ✓ Please ✓		
Εντοιχισμένο Wall	Μη εντοιχισμένο Freestanding	Τοποθετημένο κάτω από το πάτωμα Underfloor
Συνδεδεμένο με το σύστημα συναγερμού; Connected to the alarm system?	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
Αγοράστηκε καινούριο ή μεταχειρισμένο; Was it bought new or second- hand?	ΚΑΙΝΟΥΡΙΟ NEW	ΜΕΤΑΧΕΙΡΙΣΜΕΝΟ SECOND-HAND
Βάρος και διαστάσεις Weight and dimensions		

Άλλα Μέτρα Ασφαλείας Other Security		
Κλειδώνουν όλες οι εξωτερικές πόρτες με κλειδαριά ασφαλείας τριών τουλάχιστον επιπέδων; Do all external doors have a security lock of at least three levels?	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
Εάν έχετε απαντήσει αρνητικά παρακαλούμε να δώσετε λεπτομέρειες If you answered in the negative , please provide details		
Παρακαλούμε επιλέξτε με Please		
Προστατεύονται όλα τα ανοίγματα; Are all openings protected?	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
Υπάρχουν άλλα μέτρα ασφαλείας; Are there any other security measures?	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
Υπάρχουν μέτρα πυροπροστασίας; Are there any fire protection measures?	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
Εάν έχετε απαντήσει καταφατικά παρακαλούμε να δώσετε λεπτομέρειες If you answered in the affirmative , please provide details		

Προηγούμενες Ασφαλίσεις Previous Insurance		
Προηγούμενοι ασφαλιστές (επωνυμία εταιρίας) Previous Insurers (company name)		
Λήξη προηγούμενης ασφάλισης Date of expiry of previous policy	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/DATE	
Έχει κάποιος ασφαλιστής αρνηθεί να σας ασφαλίσει, ακυρώσει, αρνηθεί να συνεχίσει ή συμφωνήσει να συνεχίσει την ασφάλιση με ειδικούς όρους και προϋποθέσεις; Has any insurer declined to accept, cancelled, refused to continue or agreed to continue on special terms any insurance for you?	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
Εάν ναι, εξηγήστε If "yes", please explain		

Ζημιές Losses	
<p>Έχει ο Ασφαλιζόμενος ή η προς ασφάλιση περιουσία υποστεί οποιαδήποτε ζημιά τα έξι τελευταία χρόνια που θα μπορούσε να αποζημιωθεί γι' αυτή εάν ήταν ασφαλισμένη; Has the Proposer or the property to be insured sustained any loss during the last six years that would be covered if insured?</p>	
<p>Εάν ναι, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες If "yes", please provide details</p>	
<p>Ημερομηνία κάθε ζημιάς Date of each loss</p>	
<p>Συνθήκες και ποσά κάθε ζημιάς; Circumstances and amount of each loss?</p>	
<p>Ποιος ήταν ο ασφαλιστής; Who was the insurer?</p>	
<p>Αποζημιωθήκατε πλήρως από τους ασφαλιστές ή όχι; Were you fully compensated by the underwriters or not?</p>	

Άλλες Πληροφορίες Other Information		
<p>Έχετε εσείς ή άλλο πρόσωπο που κατοικεί στον ίδιο χώρο με εσάς ποτέ καταδικαστεί για οποιοδήποτε αδίκημα; Have you, or any person residing with you, ever been convicted of any offence?</p>	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
<p>Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες If "yes", please provide details</p>		
<p>Υπάρχουν κάποια στοιχεία που θα μπορούσαν να επηρεάσουν στην ασφάλιση αυτή και τα γνωρίζετε; Are there any other factors affecting this insurance of which you are aware?</p>	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
<p>Εάν ναι, δώστε λεπτομέρειες If "yes", please provide details</p>		

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

Η εταιρεία με την επωνυμία «ΚΑΡΑΒΙΑΣ Μεσίτες Ασφαλίσεων Μον ΑΕ» (Karavias Underwriting Agency - KUA), εφεξής «KUA» 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 KUA 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 KUA 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 KUA 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 KUA
3. Η KUA παρέχει συμβουλή για τα προϊόντα ασφαλιστικών επιχειρήσεων τα οποία προωθεί προς διανομή στο πλαίσιο του Ν. 4583/2018
4. Η KUA 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 KUA ή μέσω χρήσης POS της KUA
5. Η KUA 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 KUA 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 KUA, 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 KUA 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 KUA

Για τη διαχείριση Παραπόνων-Αιτιάσεων η KUA 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 KUA 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 KUA, 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

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 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/2024/10/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 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/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/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 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 _____