

**Αστική Ευθύνη
Διαμεσολαβητών
Αίτηση Ασφάλισης**

**Professional Indemnity
Intermediaries
Application Form**

**ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ
PROFESSIONAL INDEMNITY INSURANCE – PROPOSAL FORM INSURANCE BROKERS AND/OR INSURANCE
AGENTS**

Παρακαλείσθε να απαντήσετε σε όλες τις ακόλουθες ερωτήσεις (με ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Please give answers to all the following questions (in CAPITAL LETTERS)

1.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (συμπεριλαμβανομένων θυγατρικών και προηγούμενων Εταιρειών που ζητούν κάλυψη) DETAILS OF INSURED (including any subsidiaries and previous firms requiring coverage)	
Πλήρης Επωνυμία του Ασφαλισμένου (Αρ. Αδείας/Ασφ. Ιδιότητα) Ημερομηνία Έναρξης Ασφάλισης Full Name of Insured (Including ID number/ Registration Number/Intermediary/Inception Date	
Διεύθυνση/Τηλ/Email/Fax Address/Tel/Email/Fax	
Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ. Vat / Tax office	
Ημερομηνία Ιδρύσεως της Εταιρείας Date of Establishment of Agent or Firm	
Αρχική Ημερομηνία έκδοσης Άδειας Date First License Issued	
Είναι ο ασφαλιζόμενος μέλος Επαγγελματικής Ένωσης ή Ιδρύματος; Is the Insured a member of any Professional Association or Institution?	ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ / NO <input type="checkbox"/>
Εάν «ΝΑΙ», αναφέρατε επωνυμία If YES, please provide name	

2. ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΣΑΣ**ABOUT YOUR BUSINESS**i) **Στοιχεία Συνεταίρων και Διευθυντών** – Details on current Partners and Directors

Όνοματεπώνυμο Full Name	Ηλικία Age	Σπουδές Qualifications	Ημερομηνία Διπλώματος/ων Date Qualified	Ημερομηνία Έναρξης Συνεργασίας με την Εταιρεία Date Joined

ii) **Αριθμός εργαζομένων (Μόνον Πιστοποιημένοι) / Number of Employees :**iii) **Όνόματα εργαζομένων – όχι συνεργατών (εάν δεν επαρκεί ο χώρος παρακαλούμε επισυνάψτε λίστα)**
Names of employees :

	Τελευταίο 12μηνο (1 Ιαν.-31 Δεκ.) Past 12 months	Επόμενο 12μηνο (Πρόβλεψη) Est. next 12 months
iv) Ετήσια Καθαρά Ασφάλιστρα / Έσοδα Annual Gross Premiums / Income Earned	ΕΥΡΩ /EURO	ΕΥΡΩ /EURO
v) Προμήθειες Brokerage	ΕΥΡΩ /EURO	ΕΥΡΩ /EURO

vi) **Έσοδα από προμήθειες του τελευταίου 12μηνου** Brokerage income for the past 12 months

Ασφάλειες Αυτοκινήτων/Motor	%.....
Ιδιωτικών Κατοικιών/Private Household	%.....
Εμπορικών Κινδύνων /Commercial	%.....
Αστικής Ευθύνης (περιλαμβανόμενης της Επαγγελματικής, Εργοδοτικής και Γενικής Αστικής Ευθύνης)/Liability (including Employers Liability, Public and Professional)	%.....
Ζωής/Νοσοκομειακής/Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης/Unit Linked/Life/Private Health/Medical	%.....
Αμοιβαίων Κεφαλαίων/Mutual Fund	%.....
Άλλοι κλάδοι/Παρακαλείσθε να προσδιορίσετε/Other, please specify	%.....

ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ / Legal Expenses ****	ΝΑΙ / YES	ΟΧΙ / NO
---	------------------	-----------------

Εάν ΝΑΙ παρακαλούμε αναγράψτε: If YES please specify:	Ημερομηνία γέννησης: Date of Birth: Πατρώνυμο: Father's Name:
--	--

Δηλώνεται και συμφωνείται ότι η ασφαλιστική σύμβαση θα συναφθεί με βάση την παραπάνω δήλωση εισοδήματος / προμηθειών και τα ασφάλιστρα που θα εισπραχθούν έχουν υπολογισθεί με βάση τη δήλωση αυτή. Σε περίπτωση που δηλωθούν μηδενικά έσοδα από ασφαλιστικές διαμεσολαβήσεις – μηδενική δραστηριότητα, εάν ο ασφαλισμένος πραγματοποιήσει οποιασδήποτε μορφής ασφαλιστική διαμεσολάβηση, εργασία ή συμβουλή, ακόμη και χωρίς αμοιβή, θα πρέπει να ενημερώσει άμεσα τους Ασφαλιστές οι οποίοι θα αποφασίσουν εάν θα χρεωθεί με επιπλέον ασφάλιστρο. Σε αντίθετη περίπτωση δε θα ισχύει η ασφάλιση αυτή.

It is hereby agreed and declared that this insurance policy has been issued based on brokerage income declared above and the charged premium has been calculated on this amount. In case the Insured has declared nil activity as Insurance Intermediary but the Insured acts as Insurance Broker or Agent or an advice is given by the Insured, the Insured has to inform Insurers immediately in order this policy to be amended and the relative premium to be charged. Otherwise the insurance policy is not valid.

vii) Αντιπροσωπεύει κάποιος πελάτης σας ποσοστό 25% των εσόδων σας; Does anyone of your client represent 25% of your income?	ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ / NO <input type="checkbox"/>
Εάν «ΝΑΙ», προσδιορίστε / If YES, please specify		
viii) Έχετε δεσμευτική εντολή ή εξουσιοδότηση ασφάλισης κινδύνων; Do you have any binding authority or authority to bind risks?	ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ / NO <input type="checkbox"/>
Εάν «ΝΑΙ», προσδιορίστε / If YES, please specify		
ix) Έχετε εισοδήματα από Ασφαλιστική Εταιρεία με την οποία είστε συνδεδεμένος ή έχετε αποκλειστική συνεργασία; Do you have income from an Insurance Company for whom have act as a tied agent?	ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ / NO <input type="checkbox"/>
Εάν «ΝΑΙ», επιβεβαιώστε το σχετικό εισόδημα καθώς επίσης και εάν έχετε ξεχωριστή ασφάλιση για το εισόδημα αυτό / If YES, please confirm the relevant income and if you are insured separately in respect of this income		
x) Έχετε εισόδημα από Ασφαλιστικές Εταιρείες με τις οποίες συνεργάζεστε (πλην αποκλειστικής συνεργασίας); Do you have any brokerage income from other Insurance Companies (except the one for which you are a tied agent)?	ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ / NO <input type="checkbox"/>
Εάν «ΝΑΙ», αναφέρατε Εταιρείες, εισόδημα και εάν αυτό περιλαμβάνεται στην ανάλυση της ερώτησης vi If YES, please confirm Ins. Companies brokerage income and if this income reflects to the breakdown as question vi		
xi) Έχετε ασφάλιση Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης; Do you have any Professional Indemnity Insurance?	ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ / NO <input type="checkbox"/>
Εάν «ΝΑΙ», παρακαλούμε προσδιορίστε If YES, please specify		
xii) Επιθυμείτε αναδρομική ισχύ του ασφαλιστηρίου από 15/01/2005 (ΠΔ 190/2006) Do you require retroactive cover	ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ / NO <input type="checkbox"/>
Έχει υποβληθεί κάποια απαίτηση ή υπάρχει ενημέρωση για πιθανή απαίτηση κατά την τελευταία πενταετία εναντίον του Ασφαλιζόμενου των προηγούμενων Εταίρων ή των παρόντων Εταίρων ή των Διευθυντών; Have any claims or potential claims been made, during the last 5 years against the Insured, predecessors in the business or any of the present Partners or Directors or Principals or, to the knowledge of the firm, against any past Partners or Directors or Principals	ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ / NO <input type="checkbox"/>

Εάν «ΝΑΙ», παρακαλούμε προσδιορίστε

If YES, please specify

Είναι κάποιος Εταίρος ή Διευθυντής ενήμερος, μετά από έρευνα, για οποιοσδήποτε συνθήκες που μπορούν να οδηγήσουν σε οποιαδήποτε απαίτηση από την Εταιρεία, τους προηγούμενους Εταίρους ή τους παρόντες Εταίρους ή Διευθυντές;

Is any Partner, Director or Principal aware, after enquiry, of any circumstances which may result in any claim being made against the firm, their predecessors in the business or any of the present or past Partners or Directors or Principals?

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες συμπεριλαμβανομένων της ημερομηνίας ζημίας, του ποσού και τις εκκρεμείς ζημιές

If YES, please provide a summary including date of loss, amount(s) paid or outstanding

**ΔΗΛΩΣΗ
DECLARATION**

Δηλώνω/δηλώνουμε εξ ονόματος της Εταιρείας ότι οι ανωτέρω δηλώσεις και τα στοιχεία είναι ακριβή και ότι δεν έχω/έχουμε παραποιήσει ούτε αποκρύψει κανένα ουσιαστικό στοιχείο. Συμφωνώ/Συμφωνούμε η παρούσα πρόταση μαζί με κάθε άλλο στοιχείο που αναφέρουμε να αποτελέσει τη βάση κάθε σύμβασης ασφάλισης που θα συναφθεί. Δεσμεύομαι/Δεσμευόμαστε να ενημερώσουμε τους Ασφαλιστές για κάθε ουσιαστική αλλαγή αυτών των στοιχείων που θα συμβεί πριν την ολοκλήρωση της σύμβασης ασφάλισης. Η υπογραφή της παρούσας πρότασης δε δεσμεύει τον ασφαλιζόμενο ή τους ασφαλιστές να συνάψουν την παρούσα ασφάλιση.

I/we declare of behalf of the firm that the statements & particulars declared above are true and that I/we have no misstated nor suppressed any material facts. I/We have not misstated nor suppressed any material facts. I/we agree that this proposal, together with any other information supplied by me/us, shall form the basis of any contract of insurance effected thereon. I/We undertake to inform insurers of any material alterations of these facts occurring before completion of the contract of insurance. Signing this proposal form does not bind the Insured or the Insurers to complete this insurance.

Ημερομηνία/ Date

**Υπογραφή Ασφαλιζόμενου
Insured Signature**

**Υπογραφή Συμβαλλόμενου
Contracting Signature**

Δ Η Λ Ω Σ Η Μ Η Ζ Η Μ Ι Α Σ

ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΤΑΙ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ ΜΕ ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ημερομηνία / Date ,

To Whom It May Concern:

Declaration Professional Indemnity No Claims

Ευθύνης – Δήλωση μη ζημιάς Επαγγελματικής Αστικής

We are not aware of any outstanding claims / circumstances for the 5 last years, which could give rise to a Professional Indemnity claim, which have not already been notified to insurers .

Δεν είμαστε ενήμεροι για καμία ζημιά / κατάσταση για τα τελευταία 5 έτη, η οποία θα μπορούσε να προκαλέσει απαίτηση Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης, για την οποία δεν έχουμε ενημερώσει τους ασφαλιστές.

Yours faithfully

Υπογραφή / Signature
Όνομα / Name

(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 αιτίασης 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 αιτίασής 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 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/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 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/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 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 _____