

Επαγγελματική ευθύνη για
σφάλματα & παραλείψεις
διαφόρων κατηγοριών
Επαγγελματών

Αίτηση Ασφάλισης

**Miscellaneous professions
proposal form**

Application Form

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ
ERROR AND OMISSIONS MISCELLANEOUS CLASSES PROPOSAL FORM**

**Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής
Insurance Intermediary**

1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ DETAILS OF THE CONTRACTING PARTY							
Επωνυμία / Ονοματεπώνυμο Full name of contracting party							
A.Φ.Μ. Vat no		Δ.Ο.Υ Tax office		Επάγγελμα Profession			
Κλάδος Industrial Sector		Ετήσιος Τζίρος Annual Turnover		Αρ. Εργαζομένων Number of Employees			
Οδός, αριθμός Street, no		T. Κ. Post code		Τηλ. Tel.		Πόλη/ Χώρα City / Country	

1A ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ DETAILS OF THE INSURED PARTY					
Επωνυμία Full name of contracting party					
A.Φ.Μ. Vat no		Δ.Ο.Υ Tax office		Έτος ίδρυσης Year Established	
Διεύθυνση Ιστότοπου Internet Address					
Χώρα στην οποία βρίσκεται η Έδρα της Εταιρείας Country of Registration					

1B ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΓΡΑΦΕΙΩΝ PRINCIPAL BUSINESS ADDRESS					
Οδός, αριθμός Street, no		T. Κ. Post code		Πόλη / Χώρα City / Country	
Τηλ. Σταθερό Tel.		Τηλ. Κινητό Mobile		E-mail	

2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΤΩΝ ΚΑΙ ΣΤΕΛΕΧΩΝ DETAILS OF DIRECTORS AND PRINCIPALS			
Όνοματεπώνυμο όλων των Διευθυντών/Συνεταίρων/Στελεχών Name of all Directors/Partners/Principals	Προσόντα Qualifications	Έτος απόκτησης τίτλων Year Obtained	Προϋπηρεσία ως Διευθυντής/Εταίρος/Στέλεχος της εταιρείας How long a Director/Partner/Principal of this firm or company

-ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΘΕ ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΨΕΤΕ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΑ / PLEASE REMEMBER TO ATTACH CV's

3	Παρακαλούμε να αναφέρετε το ποσό του μικτού εισοδήματος/αμοιβών κατά τα τρία τελευταία οικονομικά έτη καθώς και εκτίμηση για το τρέχον οικονομικό έτος Please detail the business's gross income/ fees for the last 3 financial years and an estimate for the next financial year emanating from the following countries.			
	Έτος Year	Ελλάδα Greece	Εξωτερικό πλην Η.Π.Α./Καναδά Overseas excluding U.S.A./Canada	Η.Π.Α./Καναδάς U.S.A./Canada
	20	€	€	€
	20	€	€	€
	20	€	€	€
	20	€	€	€
Αναφέρατε ημερομηνία λήξης του οικονομικού σας έτους: Please give date of your financial year end:			/	

Επισήμανση: Πρέπει να δηλωθούν όλα τα σημαντικά στοιχεία. Οποιαδήποτε παράλειψη μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ακύρωση κάθε ασφαλιστηρίου ή πιστοποιητικού ή να ζημιώσει σοβαρά τα συμφέροντα σας σε περίπτωση υποβολής απαίτησης. Εάν δεν είστε σίγουροι αν κάποιο στοιχείο είναι ή δεν είναι σημαντικό, πρέπει να συμβουλευτείτε τον Ασφαλιστή σας.

Please note: All material facts must be disclosed, as failure to do so may render any policy or certificate voidable, or severely prejudice your rights in the event of a claim. A material fact is one likely to influence acceptance or assessment of the proposal by Underwriters. If you are in any doubt as to what constitutes a material fact, you should consult your broker.

4	Παρακαλείσθε να περιγράψετε πλήρως όλες τις δραστηριότητες σας: Please provide full description of all your activities:
	Παρακαλούμε να κατατάξετε σε κατηγορίες τις προαναφερόμενες δραστηριότητες και να αναφέρετε την κατά προσέγγιση ποσοστιαία ανάλυση του εισοδήματος/αμοιβών ανά κατηγορία: Please categorize the activities outlined above, and indicate the approximate percentage of the income/fees this represents:
	Προβλέπετε να υπάρξουν σημαντικές αλλαγές σε αυτές τις δραστηριότητες τους επόμενους 12 μήνες; Παρακαλούμε να περιγράψετε λεπτομερώς Do you anticipate any major changes in these activities in the forthcoming 12 months? Please supply full details
	(Blank space for description)
	(Blank space for description)

5	Παρακαλούμε να αναφέρετε τα τρία μεγαλύτερα έργα/πελάτες/συμβάσεις Please list your three largest projects/clients/contracts						
	Σύμβαση Project	Χώρα Country	Πελάτης Client	Αμοιβή Fee	Αξία Value	Έναρξη Commenced	Λήξη Finished

Επισήμανση: Παρακαλούμε να μας δώσετε κάποιο διαφημιστικό φυλλάδιο και όλους τους τυποποιημένους όρους, προϋποθέσεις και συμφωνίες ή επιστολές εξουσιοδότησης που έχετε ενδεχομένως συνάψει με τον πελάτη σας.

Please note: Please provide a brochure, if possible, and sight of any standard contract terms, conditions, agreements or letters of appointment which you might have with your client.

6	Ποια είναι η συνολική αμοιβή σας το τελευταίο έτος από τον μεγαλύτερο πελάτη σας; What is the total revenue in the last year from your largest client?

7	Μόνο εάν είστε συνétairos ή στέλεχος, απαντήστε στα ακόλουθα: Only If you are director or principal, please answer the following:	
i)	Εργάζεστε σε μερική απασχόληση; Is this a part-time occupation?	NAI/YES
		OXI/NO
ii) Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε να περιγράψετε συνοπτικά την τρέχουσα πλήρη απασχόλησή σας If YES, please give brief details of present full-time occupation		
iii)	Γνωρίζουν οι εργοδότες σας αυτή σας την δραστηριότητα; Are your full-time employers aware of these activities?	NAI/YES
		OXI/NO

8	Συνδέεστε ή συνεργάζεστε (με οικονομική ή άλλη σχέση) με οποιαδήποτε επιχείρηση, εταιρεία ή ένωση; Are you connected or associated (financially or otherwise) with any firm, company or organization?	NAI/YES
		OXI/NO
Εάν ΝΑΙ, αναφέρετε λεπτομέρειες If YES, please give details		

9	Είστε μέλος κοινοπραξίας ή άλλου ομίλου ή συμμετέχετε σε σύμπραξη μεμονωμένου έργου; Are you a member of a consortium or group practice or engaged in any single project partnership?	NAI/YES
		OXI/NO
Εάν ΝΑΙ, αναφέρατε τα ονόματα των άλλων μελών/συνεταίρων και την ιδιότητα τους στο πλαίσιο της κοινοπραξίας/σύμπραξης. Απαιτούνται τα πλήρη στοιχεία. If YES, give the names of the other members/partners and their capacities in the consortium/partnership. Full information will be required.		

Επισημάνση: Πρέπει να συναφθούν ειδικές ρυθμίσεις με τους Ασφαλιστές, εάν ζητηθεί κάλυψη για την εργασία με την ιδιότητα του μέλους μιας κοινοπραξίας. Σε αυτή την περίπτωση απαιτείται αντίγραφο της συμφωνίας κοινοπραξίας.

Please note: Special arrangements must be made with the Underwriters if coverage is required for work done whilst a member of a consortium. In such cases, a copy of the consortium agreement will be required.

10	Παρακαλούμε να αναφέρετε τους συνολικούς αριθμούς των: Please give total number of:	
i)	Συνεταίρων/Διευθυντών Partners/Directors/Principals	
ii)	Εξειδικευμένου προσωπικού Qualified staff	
iii)	Λοιπού προσωπικού (πλην διοικητικού) Other staff (ex Admin)	
iv)	Διοικητικό προσωπικό (γραμματείς κ.λ.π.) Administrative staff (typists etc.)	
v)	Προσωπικό με σύμβαση έργου Contract hired staff	

11	i)Αναλαμβάνετε ποτέ οποιαδήποτε εργασία όπου το «τελικό προϊόν» αυτής της εργασίας μεταφέρεται εκτός Ελλάδος ή σε πελάτες στο εξωτερικό; Do you undertake any work whatsoever where the “end product” of such work is carried out outside the Greece, or for overseas clients?				NAI/YES	OXI/NO
	Σύμβαση Project	Χώρα Country	Πελάτης Client	Αμοιβή Fee	Αξία Value	Έναρξη Commenced
ii)Εργάζεστε σε άλλο τόπο εκτός από τα γραφεία σας στην Ελλάδα; Do you work other than from your Greek offices?					NAI/YES	OXI/NO
iii)Δέχεστε άλλη ευθύνη πέρα από τη δικαιοδοσία των δικαστηρίων της Ελλάδας; Do you accept liability other than under the Jurisdiction of the Greek Courts?					NAI/YES	OXI/NO

Εάν η απάντηση στο ii ή το iii είναι ΝΑΙ, απαιτούνται πλήρη στοιχεία (δηλ. αναφέρατε τις χώρες δικαιοδοσίας και τον όγκο της εργασίας σας σε αυτές τις χώρες κ.λ.π.)

If the answer to ii or iii is YES, full details are required (i.e. list the jurisdictions and amount of work therefrom etc.)

12	Χρησιμοποιείτε τυποποιημένο είδος σύμβασης, συμφωνίας ή επιστολής εξουσιοδότησης; Do you use a standard from a contract, agreement or letter of appointment?			NAI/YES	OXI/NO
Εάν ΝΑΙ, παρακαλούμε εσωκλείστε αντίγραφα If YES, please enclose copies					

13	Αναθέτετε εργασία σε υπεργολάβους; Is any work put to sub-contractors?			NAI/YES	OXI/NO
Αν ΝΑΙ, αναφέρατε λεπτομερώς If YES, please give full details including					
Ζητείτε από τους υπεργολάβους σας να είναι ασφαλισμένοι και με ποια όρια; Do you require sub-contractors to carry insurance and for what limits?				NAI/YES	OXI/NO
Τι ποσοστό των αμοιβών σας καταβάλλεται σε υπεργολάβους; What percentage of your fees are paid to sub-contracts?					%

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Οι Ασφαλιστές διατηρούν το δικαίωμα προσφυγής κατά των υπεργολάβων, εκτός εάν έχει συμφωνηθεί κάτι διαφορετικό.

NOTE: Underwriters retain rights of recourse against sub-contractors unless specifically agreed otherwise.

14	Όριο ασφάλισης που επιθυμείτε: What limit of indemnity is required?				
	€				

15	Ποσό απαλλαγής με το οποίο είστε διατεθειμένοι να επιβαρυνθείτε (συμπεριλαμβανομένων δαπανών και εξόδων) What excess are you prepared to carry uninsured? (including costs and expenses)				
	€500	€1.000	€2.500	€5.000	€10.000

16	Επιθυμείτε επέκταση της κάλυψης για κάποιον από τους ακόλουθους κινδύνους; Do you require any of the following extensions?	
Δυσφήμιση και συκοφαντική δυσφήμιση Libel and slander	NAI/YES	OXI/NO
Απιστία υπαλλήλων Dishonesty of employees	NAI/YES	OXI/NO
Απώλεια εγγράφων Loss of documents	NAI/YES	OXI/NO
Ακούσια παραβίαση δικαιώματος πνευματικής ιδιοκτησίας Unintentional breach of copyright	NAI/YES	OXI/NO
Ακούσια παραβίαση του απορρήτου Unintentional breach of confidentiality	NAI/YES	OXI/NO
Εάν ΝΑΙ, παρακαλούμε να αναφέρετε λεπτομερώς If YES, please give full details		

17	Έχετε ασφαλιστεί στο παρελθόν ή είστε ασφαλισμένος σήμερα; Have you previously been insured or are you currently insured?	NAI/YES	OXI/NO
Αν ΝΑΙ, παρακαλείσθε να αναφέρετε: If YES, please give details:			
Επωνυμία των Ασφαλιστών Name of Insurers			
Όριο αποζημίωσης Indemnity limit			
Ημερομηνία λήξης Date of expiry	/ /		

18	Σας έχει ποτέ στο παρελθόν απορριφθεί παρόμοια πρόταση ασφάλισης ή σας έχει επιβληθεί επασφάλιστρο ή ειδικοί όροι; Have you been denied at any time similar insurance, or quoted increased premiums or had special terms imposed?	NAI/YES	OXI/NO
Αν ΝΑΙ, αναφέρατε λεπτομερώς If YES, please give full details			

19		Ζημιές τελευταίων ετών Claims Record of the last years	
Έχουν υπάρξει ή εκκρεμούν απαιτήσεις λόγω ζημιών κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών; Have there been any settled or outstanding claims during previous years?		ΝΑΙ/YES	ΟΧΙ/NO
Αν ΝΑΙ, δηλώστε την επωνυμία της ασφαλιστικής εταιρείας If YES, please state the name of the insurance company			
Υπήρξε πλήρης αποκατάσταση ζημιών; Has the damage been fully settled?		ΝΑΙ/YES	ΟΧΙ/NO
Λάβατε ποτέ αποζημίωση; Did you receive compensation?		ΝΑΙ/YES	ΟΧΙ/NO
Αν ΝΑΙ, δηλώστε το ποσό της αποζημίωσης If YES, state the amount of compensation			
Έχετε λάβει μέτρα για να μην ξανασυμβεί παρόμοια ζημιά; Have you taken the appropriate measures to prevent similar damage from reoccurring?		ΝΑΙ/YES	ΟΧΙ/NO
Αν ΝΑΙ, δηλώστε τι μέτρα έχουν ληφθεί. If YES, please state what measures have been taken.			
Συμπληρωματικές πληροφορίες Additional or any other relevant information			

20	ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΑΠΩΛΕΙΩΝ FINANCIAL LOSS HISTORY	
<p>Έχει υπάρξει ποτέ ο ασφαλιζόμενος ή οποιοσδήποτε συνétairos, συνεργάτης, διευθυντής ή υπάλληλος υποκείμενό πειθαρχικής έρευνας ή του έχει επιβληθεί κάποια πειθαρχική ή άλλη ποινή;</p> <p>Has the insured or any of their partner, associate, director or employee ever been the subject of a disciplinary investigation, any disciplinary action or other charge?</p>	ΝΑΙ/YES	ΟΧΙ/NO
<p>Γνωρίζετε οποιαδήποτε περίπτωση ή γεγονός που μπορεί να καταλήξει σε τέτοια απαίτηση;</p> <p>Do you know of any case or event that may result in such a claim?</p>	ΝΑΙ/YES	ΟΧΙ/NO
<p>Έχουν υπάρξει ή εκκρεμούν απαιτήσεις εναντίον του ασφαλιζόμενου, προηγούμενων ή υφιστάμενων συνεταίρων, συνεργατών, διευθυντών ή υπάλληλων του σχετικά με πραγματική ή επικαλούμενη παράβαση επαγγελματικού καθήκοντος, δόλια ή παράνομη πράξη;</p> <p>Have there been or are there currently any pending claims against the insured, their former or current partners, associates, directors or employees for proven or alleged breach of professional duty, fraudulent or illegal practice?</p>	ΝΑΙ/YES	ΟΧΙ/NO
<p>Αν ΝΑΙ, Είδος απαίτησης</p> <p>If YES, please state the Type of claim</p>		
<p>Συμπληρωματικές πληροφορίες</p> <p>Additional or any other relevant information</p>		

**ΔΗΛΩΣΗ
DECLARATION**

Δηλώνω/Δηλώνουμε ότι όλα όσα αναφέρονται στην παρούσα πρόταση είναι ακριβή και ότι δεν έχω/έχουμε παραποιήσει ούτε αποκρύψει κανένα ουσιαστικό στοιχείο. Συμφωνώ/Συμφωνούμε η πρόταση αυτή, μαζί με κάθε άλλη πληροφορία που παρέχουμε, να αποτελέσει τη βάση οποιασδήποτε σύμβασης ασφάλισης συναφθεί επ' αυτών. Δεσμεύομαι/Δεσμευόμαστε να ενημερώσουμε τους Ασφαλιστές για κάθε ουσιαστική αλλαγή αυτών των στοιχείων πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά τη σύναψη της σύμβασης ασφάλισης.

I/We declare that the statements and particulars in this proposal are true and that I/We have not mis-stated or 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 to these facts occurring before/ During/after completion of the contract of insurance.

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. ΕΕΑ

Στοιχεία και Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή έχοντος την άμεση επικοινωνία με τον καταναλωτή Intermediary Signature	Επωνυμία ή Ονοματεπώνυμο:
	Υποκωδικός: Αρ. ΕΕΑ

(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/2024/10/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:

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.

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 keepg of a relevant file.

I HEREBY CONSENT	
I HEREBY DO NOT CONSENT	

Full Name _____

Signature _____