



ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Ή ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ	Α.Δ.Τ.	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ			
ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ	Τ.Κ.	ΠΕΡΙΟΧΗ	
ΝΟΜΟΣ	ΤΗΛ.	Fax	E – mail

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ (Συμπληρώνεται όταν ο Ασφαλιζόμενος είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον Λήπτη της Ασφάλισης)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Ή ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ	Α.Δ.Τ.	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ			
ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ	Τ.Κ.	ΠΕΡΙΟΧΗ	
ΝΟΜΟΣ	ΤΗΛ.	Fax	E – mail

ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ	Τ.Κ.	ΠΕΡΙΟΧΗ	
ΝΟΜΟΣ	ΤΗΛ.	Fax	E – mail

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

ΗΜΕΡ.ΕΝΑΡΞΗΣ (12 Μ.Μ.) _____ ΕΦ'ΑΠΑΞ
ΗΜΕΡ.ΛΗΞΗΣ (12 Μ.Μ.) _____ ΕΞΑΜΗΝΟΣ ΤΡΙΜΗΝΟΣ

ΕΙΔΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΕΠΙΘΥΜΗΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΛΥΨΗΣ

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ
ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ
ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ
ΑΝ. ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Κατασκευή κτιρίου	Σε πόσους & ποιους ορόφους βρίσκεται η επιχείρηση		
Έτος κατασκευής του κτιρίου	Τ.Μ. του χώρου	Αριθμός επισκεπτών / πελατών κάθε μέρα (περίπου)	
Αριθμός απασχολούμενου προσωπικού & ειδικότητες			
Ετήσιος κύκλος εργασιών (τζίρος) προηγούμενου & τρέχοντος έτους			
Ετήσιο μισθολόγιο προηγούμενου & τρέχοντος έτους			
Πυροσβεστικά μέσα			
Αριθμός θέσεων (για θέατρο ή κινηματογράφο)	Αριθμός θέσεων στάθμευσης (για σταθμό αυτοκινήτων)		
Αριθμός παιδιών & καθηγητών (για εκπαιδευτήρια κλπ)	Αριθμός παιδιών & εργαζομένων (για κατασκηνώσεις)		
Αριθμός αθλούμενων (για γυμναστήρια κλπ)	Αριθμός διαμερισμάτων (για διαχειριστές)		
Κατηγορία Ξενοδοχείου	Αριθμός δωματίων	Αριθμός κλινών	Αριθμός ανεξάρτητων bungalows
Αριθμός ανελκυστήρων	Αριθμός εστιατορίων / μπαρ	Πισίνες	Άλλες εγκαταστάσεις



Αστική ευθύνη από τροφική δηλητηρίαση	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αστική ευθύνη εργοδότη	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αστική ευθύνη συνεπεία πυρκαγιάς έναντι πελατών / επισκεπτών	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Κάλυψη πυρκαγιάς / έκρηξης για σταθμούς αυτοκινήτων	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Κάλυψη ολικής κλοπής για σταθμούς αυτοκινήτων	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Κάλυψη πυρκαγιάς / κλοπής για συνεργεία αυτοκινήτων	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Κάλυψη πυρκαγιάς για συνεργεία μοτοσικλετών	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Κάλυψη ζημιών από δοκιμαστικές διαδρομές (για συνεργεία)	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

Κάλυψη για ανυψωτικά μηχανήματα ή Clarks: σημειώστε αριθμό & είδος

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΆΛΛΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ

Υπάρχουν ασφαλιστήρια σε ισχύ σε άλλες εταιρίες για τον προτεινόμενο κίνδυνο; ΝΑΙ ΟΧΙ
Εταιρία: _____ Ημερομηνία Λήξης _____

Έχετε άλλα ασφαλιστήρια στην Εταιρία μας; ΝΑΙ ΟΧΙ
Σε ποιους κλάδους; _____

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΖΗΜΙΩΝ

Έχετε υποστεί ζημιά κατά το παρελθόν; ΟΧΙ ΝΑΙ Πότε; _____
Αιτία Ζημιάς _____ Ποσό αποζημίωσης _____

Ασφαλιστική εταιρία _____

Τι επιπλέον μέτρα προστασίας πήρατε μετά την ζημιά; _____

ΕΚΘΕΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

Έχετε επιθεωρήσει τον προτεινόμενο για ασφάλιση κίνδυνο; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πληροφορήσατε τον προτείνοντα για το συνολικό κόστος του ασφαλιστηρίου; ΝΑΙ ΟΧΙ Ποιο ποσό; _____

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ : (Πληροφορίες που αφορούν τον προτεινόμενο για ασφάλιση κίνδυνο και δεν καλύπτονται από τις ερωτήσεις της πρότασης)

Η παρούσα Πρόταση θα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, γι' αυτό και η συμπλήρωση όλων των σημείων που αφορούν τον προτεινόμενο για ασφάλιση κίνδυνο είναι υποχρεωτική. Στην περίπτωση που χρησιμοποιείται ως Πρόταση Αλλαγής του Ασφαλιστηρίου θα συμπληρώνετε μόνον τα σημεία που τροποποιούνται.



Προς την
AIGAION ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.
Λεωφ. Βουλιαγμένης 90, Γλυφάδα

Δηλώνω ότι, οι πληροφορίες που παρέχονται ανταποκρίνονται στην αλήθεια και ότι δεν απέκρυψα κανένα στοιχείο που μπορεί να επηρεάσει την αξιολόγηση του κινδύνου.

Παρακαλώ με βάση τα στοιχεία που δήλωσα να εκδώσετε Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο Αστικής Ευθύνης.

Συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύσει μετά την αποδοχή της πρότασής μου από την Εταιρία σας και με προηγούμενη εξόφληση των ασφαλιστρών που αναλογούν.

Η παρούσα πρόταση αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου και ισχύει για κάθε επόμενη ανανέωσή του εκτός και αν τροποποιηθεί με έγγραφη εντολή μου, που θα γίνει αποδεκτή εγγράφως από την Εταιρία.

Δηλώνω επίσης ότι μου παραδόθηκε από τον συνεργάτη και παρέλαβα έγγραφο (έντυπο) της Εταιρίας σας με τις πληροφορίες που προβλέπονται (όπως σε αυτό αναφέρονται) από το άρθρο 4, παρ. 2, περ. Η', ΝΔ 400/70 (όπως τούτο τροποποιήθηκε από το Π.Δ. 252/96), τόσο τις γενικές όσο και τις ειδικές σχετικά με τους αιτηθέντες από εμένα προς κάλυψη ασφαλιστικούς κινδύνους.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ

Ενημερωτικό Έντυπο Πληροφοριών (άρθρου 4, παρ.2 περ. Η', Ν.Δ. 400/70). Σε σχέση με την υπό σύναψη Ασφαλιστική Σύμβαση με την Εταιρία μας, σας παρέχονται οι ακόλουθες πληροφορίες:

1. Η πλήρης επωνυμία της συμβαλλόμενης Ασφαλιστικής Επιχείρησης έχει ως εξής: AIGAION Ασφαλιστική Ανώνυμη Εταιρία.
2. Η έδρα της Ασφαλιστικής Εταιρίας βρίσκεται στην Ελλάδα, επί της Λεωφόρου Βουλιαγμένης 90, Γλυφάδα.
3. Εφαρμοστέο Δίκαιο που θα διέπει την Ασφαλιστική Σύμβαση θα είναι το Ελληνικό.
4. Μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα, η Ασφαλιστική Εταιρία θα απαντά εγγράφως σε κάθε πρόβλημα ή παρατήρησή σας, για τα οποία ο έγγραφος τύπος θα κρίνεται απαραίτητος. Σε κάθε άλλη περίπτωση θα ικανοποιεί το ταχύτερο δυνατό κάθε αίτημά σας που κρίνεται εύλογο.