

Πρόταση Ασφάλισης Αστικής Ευθύνης από την Εκτέλεση Τεχνικών Έργων

1. Στοιχεία Ασφαλιζομένου

Όνοματεπώνυμο & Πατρώνυμο (ή επωνυμία επιχείρησης)			
Επάγγελμα	Ηλικία	Είδος Επιχείρησης	Χρόνια Λειτουργίας
Διεύθυνση Αλληλογραφίας (Οδός & Αριθμός)			
Περιοχή/Πόλη	T.K.	Τηλέφωνο	
Διεύθυνση Ασφαλιζομένου Κινδύνου (Οδός & Αριθμός)			
Περιοχή/Πόλη	T.K.	Τηλέφωνο	
A.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.		

2. Διάρκεια Ασφάλισης

Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης
--------------------	------------------

3. Αντικείμενο Ασφάλισης

Είδος Έργου (πολυκατοικία, γραφεία, γκαράζ, εργοστάσιο, δημόσιο έργο κ.λπ.)			
Αριθμός Ορόφων (με υπόγεια & ισόγεια)			
Προϋπολογιζόμενη αξία έργου 1. σύμφωνα με το σχέδιο πόλης 2. πραγματική αξία			
Χαρακτηριστικά Όμορων Οικοδομών			
Θα γίνει κατεδάφιση;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Λεπτομέρειες για τις εκρηκτικές ύλες
Θα γίνει εκσκαφή;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	

4. Περιγραφή Ασφαλιζομένου Κινδύνου και Παρατηρήσεις

--

5. Προτεινόμενες Καλύψεις

Σωματικές Βλάβες/Θάνατος τρίτων μέχρι κατ' άτομο			
Σωματικές Βλάβες/Θάνατος τρίτων μέχρι ομαδικό/κατ' ατύχημα			
Υλικές Ζημιές τρίτων (κατ' ατύχημα)			
Όριο Ευθύνης της εταιρίας για όλη την ασφαλιστική διάρκεια			
Επιθυμείτε Κάλυψη Εργοδοτικής Ευθύνης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Αν ΝΑΙ, για ποιο ποσό:

6. Απαλλαγές

7. Προηγούμενες Ζημίες και Ασφαλίσεις

Ζημίες που έχετε πληρώσει τα τελευταία 5 χρόνια

Χρονολογία και είδος ζημιών

Είχατε ασφαλιστεί για αυτές τις ζημίες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, σε ποια ασφαλιστική εταιρία, για ποιο ποσό και ποια αποζημίωση λάβατε;

Ποια αρμόδια αρχή είχε επιληφθεί;

Σας έχουν αρνηθεί στο παρελθόν πρότασή σας για ασφάλιση των παραπάνω κινδύνων ή σας έχουν ακυρώσει σχετική ασφάλισή σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, ποια ασφαλιστική εταιρία και πότε;

8. Άλλα Ασφαλιστήρια

Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για τον ίδιο κίνδυνο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, αναφέρατε εταιρίες, ποσό και λήξη

Έχετε άλλα ασφαλιστήρια στην INTERLIFE;

Ζωής Πυρός Αυτοκινήτου Αστικής Ευθύνης Άλλο

9. Τρόπος Πληρωμής Ασφαλιστρών

Εφάπαξ

Ανά εξάμηνο

Ανά τρίμηνο

ΕΛΑ

10. Προς την INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α.

Δηλώ ότι οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις και ακριβείς και δεν παρέλειψα περιστατικό ή στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει τον υπο εκτίμηση κίνδυνο από την Ασφαλιστική Εταιρία. Επίσης με βάση τα στοιχεία που δήλωσα, να εκδώσετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο για τον παραπάνω επιθυμητό κίνδυνο. Συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύει μετά την αποδοχή από την Εταιρία σας αυτής της πρότασής μου, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, υπό την προϋπόθεση της εξοφλήσεως προηγούμενων των ασφαλιστρών. Η παραπάνω δήλωσή μου ισχύει για κάθε ανανέωση της ασφάλισης, εκτός αν τροποποιηθεί με έγγραφο μου προς την Εταιρία σας. Έλαβα από την Εταιρία Ενημερωτικό Έντυπο με πληροφορίες του άρθρου 150 του Ν.Δ. 4364/2016. Γνωρίζω ότι στην ασφάλιση αυτή ισχύουν οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι που μου παραδόθηκαν αλλά και των οποίων έλαβα γνώση διαβάζοντάς τους στην ιστοσελίδα της εταιρίας σας. Στους Όρους αυτούς περιλαμβάνονται και Εξαιρέσεις τις οποίες και αποδέχομαι. Με την παρούσα υποβάλλω αίτηση ασφάλισης που θα περιλαμβάνει όλους τους ανωτέρω Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης. Ανέγνωσα και ενημερώθηκα από το έντυπο «Ενημέρωση για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» που βρίσκεται στην ιστοσελίδα σας για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων που πραγματοποιεί η Εταιρία και για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης) και παρέχω τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία τους.

Πόλη Ημερομηνία Υπογραφή του προτεινόντος την ασφάλιση/θέση

11. Έκθεση Συνεργάτη (συμπληρώνεται από τον συνεργάτη)

Γνωρίζετε αρκετά τον προτεινόμενο προς ασφάλιση κίνδυνο;

Συνιστάτε αποδοχή της παρούσης προτάσεως;

Παρατηρήσεις που αφορούν τον προς ασφάλιση κίνδυνο και δεν καλύπτονται από τις ερωτήσεις της παρούσης προτάσεως

Πληροφορήσατε τον προτεινόντα την ασφάλιση για το συνολικό κόστος της παρούσης ασφάλισης και αν ΝΑΙ, για ποιο ποσό

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ποσό

Ο Προτείνων και Δηλών	Ο Συνεργάτης		Ο Άμεσος Διανομέας	
	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.
(Υπογραφή, Ημερομηνία & Ώρα)	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	Α.Ε.Μ.	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	Α.Ε.Μ.