

Πρόταση Ασφάλισης Φωτοβολταϊκών Μονάδων Κλάδου Περιουσίας & Κατά Παντός Κινδύνου Μηχανολογικών Βλαβών (Μ.Β.)

1. Στοιχεία Ασφαλιζομένου

Όνοματεπώνυμο & Πατρώνυμο ή Επωνυμία Επιχείρησης			
Είδος Επιχείρησης			Χρόνια Λειτουργίας
Διεύθυνση Αλληλογραφίας (Οδός & Αριθμός)			
T.K.	Περιοχή	Πόλη	Τηλέφωνο
Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.	

2. Τοποθεσία Ασφαλιζομένου Κινδύνου

Διεύθυνση (Οδός & Αριθμός)			
T.K.	Περιοχή	Πόλη	Τηλέφωνο

3. Διάρκεια Ασφάλισης

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

4. Στοιχεία Φωτοβολταϊκών Μονάδων

Τύπος Φωτοβολταϊκών Στοιχείων	Πολυκρυσταλλικά	Μονοκρυσταλλικά	Συνολική Ισχύς (KW)
Ενεχυρούχος Δανειστής/ Δικαιούχος Leasing			
Κατασκευαστής			
Περιγραφή του χώρου εντός του οποίου είναι εγκατεστημένη η μονάδα			
Η Φωτοβολταϊκή μονάδα είναι εγκατεστημένη:		Σε υπαίθριο περιφραγμένο χώρο <input type="checkbox"/>	
Σε περίπτωση που η μονάδα είναι εγκατεστημένη σε υπαίθριο χώρο περιγράψτε τα μέτρα προστασίας:			

5. Ασφαλιζόμενα Κεφάλαια

Υλικές Ζημιές	α. Φωτοβολταϊκά Πάνελ και Παρακολουθήματα€
	β. Βοηθητικά Κτίσματα / Περιφραγή€
Κάλυψη Απώλειας Κερδών	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Κεφάλαιο Απώλειας Μικτών Κερδών€
Σύνολο Ασφαλιζομένων Αξιών Υλικών Ζημιών & Απώλειας Κερδών	€

6. Ασφαλιστική Κάλυψη / Ασφαλιζόμενοι Κίνδυνοι

Σύμφωνα με το Πρόγραμμα Ασφάλισης Φωτοβολταϊκών Εγκαταστάσεων Κλάδου Περιουσίας	
Κάλυψη Σεισμού	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Κάλυψη Μηχανολογικών Βλαβών	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

7. Ιστορικό Ζημιών (συμπληρώνεται υποχρεωτικά)

Υπήρξε κατά το παρελθόν ζημία στα προτεινόμενα προς ασφάλιση;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Αν ΝΑΙ, αναφέρατε ημερομηνία, είδος και ποσό ζημίας;
Είχατε ασφαλιστεί για αυτές τις ζημιές;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Είχατε αποζημιωθεί για αυτές τις ζημιές; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

8. Επεξηγήσεις / Σχόλια / Παρατηρήσεις

9. Άλλα Ασφαλιστήρια

Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για τον ίδιο κίνδυνο;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Αν ΝΑΙ, αναφέρατε εταιρίες, ποσό και λήξη
Έχετε άλλα ασφαλιστήρια στην INTERLIFE;	Ζωής <input type="checkbox"/> Πυρός <input type="checkbox"/> Αυτοκινήτου <input type="checkbox"/> Αστικής Ευθύνης <input type="checkbox"/> Άλλο	

10. Τρόπος Πληρωμής

Εφάπαξ Ανά 6μηνο Ανά 3μηνο

11. Προς την INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α.

Δηλώ ότι οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις και ακριβείς και ότι δεν παρέλπινα περιστατικό ή στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει τον υπό εκτίμηση κίνδυνο από την Ασφαλιστική Εταιρία. Επίσης με βάση τα στοιχεία που δήλωσα να εκδώσετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο Περιουσίας ή Μηχανολογικών Βλαβών 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 ασφαλίσεως, εκτός αν τροποποιηθεί με έγγραφο μου προς την Εταιρία σας. 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 δίνει την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων που πραγματοποιεί η Εταιρία και για τα δικαιώματά 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 προτείνοντος την ασφάλιση/θέση

12. Έκθεση Συνεργάτη (συμπληρώνεται από τον συνεργάτη)

Γνωρίζετε αρκετά τον προτεινόμενο για ασφάλιση κίνδυνο;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Συνιστάτε αποδοχή της παρούσης προτάσεως;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Παρατηρήσεις που αφορούν τον προς ασφάλιση κίνδυνο και δεν καλύπτονται από τις ερωτήσεις της παρούσης προτάσεως	
Πληροφορήσατε τον προτείνοντα την ασφάλιση για το συνολικό κόστος της παρούσης ασφαλίσεως και αν ΝΑΙ, για ποιο ποσό	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Ποσό

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