

ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΛΗΨΕΩΝ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
ΧΩΡΩΝ ΓΙΑ ΦΑΡΜΕΣ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ-ΠΑΡΚΑ ΑΝΑΨΥΧΗΣ**

ΠΑΡΑΓΩΓΟΣ: _____ E-MAIL: _____

ΚΩΔ.ΠΑΡΑΓ.: _____ ΚΩΔ. ΕΙΣΠΡ.: _____ ΤΗΛ.: _____

ΥΠΟΚ/ΜΑ: _____ FAX: _____

1. Επωνυμία & Διεύθυνση της ενδιαφερόμενης προς ασφάλιση επιχείρησης. ΑΦΜ/ΔΟΥ _____

2. Ετήσιος Κύκλος Εργασιών προηγούμενου έτους και πρόβλεψη τρέχοντος έτους: _____

€ _____

€ _____

3. Διεύθυνση κινδύνου _____

4. Είδος επιχείρησης _____

5. Διάρκεια κάλυψης που επιθυμείτε _____

6. Αναφέρατε την έκταση της επιχείρησης και περιγράψτε τις εγκαταστάσεις που βρίσκονται εντός αυτής _____

7. Περιγράψτε λεπτομερώς τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείτε _____

8. Υπάρχουν στο χώρο ποδήλατα ή άλογα ή άλλα ζώα (ποια και πόσα); _____

9. Αναφέρατε τον μέσο ημερήσιο αριθμό επισκεπτών _____

10. Θα υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό που θα παρακολουθεί τις δραστηριότητες των επισκεπτών; _____

11. Επιθυμείτε κάλυψη ΕΡΓΟΔΟΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

12. Αναφέρατε το πλήθος των εργαζομένων στην επιχείρηση (ανάλυση ειδικοτήτων) _____

13. Περιγράψτε τη φύση της εκπαίδευσής τους _____

14. Αναφέρατε τα μέτρα προστασίας και πρόληψης που χρησιμοποιείτε _____

15. Περιγράψτε τα μέτρα φύλαξης και πυροπροστασίας που λαμβάνετε _____

16. Περιγράψτε τον περιβάλλοντα χώρο της προς ασφάλιση εταιρίας (κατοικίες, δάσος κ.ά) _____

17. Υπάρχουν γνωστές ζημιές ή/και απαιτήσεις ή/και συμβάντα κατά τα τελευταία 5 έτη που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αξίωση αποζημίωσης μέχρι σήμερα; Αν ναι, απαραιτήτως αναφέρετε αναλυτικά. _____

18. Όρια κάλυψης Γενικής Αστικής Ευθύνης που επιθυμείτε.

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ	A	B	Γ	Δ	Προτεινόμενα
Κατ' άτομο	50.000	100.000	150.000	200.000	
Κατά γεγονός	100.000	200.000	300.000	400.000	
ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ					
Κατά γεγονός	50.000	100.000	150.000	200.000	
ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΓΙΑ ΟΛΗ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ	150.000	300.000	450.000	600.000	

Όρια κάλυψης Εργοδοτικής Ευθύνης.

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ	A	B	Γ	Δ	Προτεινόμενα
Κατ' άτομο	50.000	100.000	150.000	200.000	
Κατά γεγονός	100.000	200.000	300.000	400.000	
ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΓΙΑ ΟΛΗ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ	150.000	300.000	450.000	600.000	

ΧΡΟΝΟΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ – ΕΝΑΡΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Σύμφωνα με το άρθρο 146 παρ.Ι του Ν. 4364/2016 η ασφαλιστική κάλυψη αρχίζει μόνο με την καταβολή ολόκληρου του οφειλόμενου ασφαλιστρού ή της πρώτης δόσης της τμηματικής καταβολής, πριν από την οποία απαγορεύεται η παράδοση του συμβολαίου στον ασφαλισμένο η τον λήπτη της ασφάλισης.

ΠΡΟΣΥΜΒΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ/ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ (άρθρο 150 ν.4364/2016)

Η επωνυμία της Εταιρίας είναι: ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ «Η ΕΘΝΙΚΗ».

Η έδρα της Εταιρίας είναι: ΛΕΩΦ. ΣΥΓΓΡΟΥ 103-105, 11745, ΑΘΗΝΑ, ΤΗΛ. +30 213 0318189 ή 18 18 9, ΦΑΞ +30 210 9099111, www.ethniki-asfalistiki.gr.

Εφαρμοστέο δίκαιο είναι το ελληνικό, ισχύουσα γλώσσα η Ελληνική, αρμόδια δικαστήρια για την επίλυση κάθε διαφοράς είναι τα δικαστήρια της πόλης των Αθηνών.

Η επικοινωνία της Εταιρίας με τον λήπτη της ασφάλισης/ασφαλισμένο ή τον δικαιούχο αποζημίωσης μπορεί να γίνεται είτε με επιστολή στην διεύθυνση που έχει δηλωθεί απ'αυτούς, και η οποία αναφέρεται στο ασφαλιστήριο, είτε με ηλεκτρονική αλληλογραφία (e-mail) ή τηλεομοιοτυπία ή με αποστολή μηνύματος σε συσκευή κινητής τηλεφωνίας, στα στοιχεία επικοινωνίας που οι τελευταίοι έχουν δηλώσει εγγράφως ή με νόμιμα ηχογραφημένη συνομιλία ότι επιθυμούν μέσω αυτών να συναλλάσσονται με την Εταιρία.

ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΙΤΙΑΣΕΩΝ*

- στην Υποδιεύθυνση Διαχείρισης Αιτιάσεων & Παραπόνων της Εταιρίας, Λεωφ. Συγγρού 103-105, 117 45 Αθήνα, τηλ. +30 210 9099777, fax +30 210 9099846, email: parapona@insurance.nbg.gr. Ο συνήθης χρόνος ανταπόκρισης στις έγγραφες αιτιάσεις είναι (15) εργάσιμες ημέρες από την ημερομηνία υποβολής της αιτίας, ενώ σε καμία περίπτωση ο χρόνος απάντησης δε μπορεί να υπερβαίνει τις (50) ημερολογιακές ημέρες από την ημερομηνία υποβολής αυτής,
- σε αρμόδιες Αρχές όπως ενδεικτικά Συνήγορο Καταναλωτή και Γεν. Γραμμ. Καταναλωτή μέσα στις εκάστοτε ισχύουσες προθεσμίες.

Επισημαίνεται ότι η προσφυγή στα ως άνω όργανα δε διακόπτει την παραγραφή των εννόμων αξιώσεων, ενώ σε κάθε περίπτωση έχετε δικαίωμα να προσφύγετε στη δικαιοσύνη.

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Ενημερώθηκα από τον «Υπεύθυνο Επεξεργασίας Α.Ε.Ε.Γ.Α. Η ΕΘΝΙΚΗ» και συγκατατίθεται ειδικώς και ελεύθερως στην εκ μέρους της Εταιρίας, συλλογή, τήρηση σε αρχείο και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις του Ν. 2472/1997, όπως ισχύει έως σήμερα, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συναλλακτικής μας σχέσης, των οποίων αποδέκτες ή/και εκτελούντες την επεξεργασία θα είναι οι συνεργαζόμενες εταιρίες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, συνεργαζόμενοι με την Εταιρία ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές, εισπράκτορες ή εταιρίες είσπραξης ασφαλιστών, εταιρίες ενημέρωσης οφειλετών, συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών με σκοπό τη διεξαγωγή ερευνών για τις προτιμήσεις και ανάγκες του καταναλωτικού κοινού και τη διενέργεια προωθητικών ενεργειών για λογαριασμό της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», συνεργαζόμενες εταιρίες παροχής υπηρεσιών εκτύπωσης, οργάνωσης και παράδοσης των εντύπων, συνεργαζόμενες εταιρίες πληροφορικής, πραγματογνώμονες/εμπειρογνώμονες, ιατροί, αντασφαλιστές, καθώς και άλλες ασφαλιστικές εταιρίες, δικαστικές, δημόσιες και ανεξάρτητες αρχές, ανεξάρτητες ελεγκτικές εταιρίες κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους.

Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω άμεσα την ασφαλιστική εταιρία για τυχόν μεταβολή των δηλωθέντων προσωπικών μου δεδομένων.

Τέλος, δηλώνω ότι έλαβα γνώση ότι δύναμαι να ασκήσω, εφόσον το επιθυμώ, σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 13 του Ν. 2472/1997 **το δικαίωμα μου πρόσβασης και αντίρρησης** σχετικά με τα προσωπικά δεδομένα που με αφορούν και τα οποία αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας, απευθυνόμενος εγγράφως προς την: Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», Κανονιστική Συμμόρφωση (Λεωφ. Συγγρού 103-105, 117 45 Αθήνα, τηλ. 18 18 9 ή +30 213 0318189, fax: +30 210 9092062 ηλεκτρονική διεύθυνση: compliance@insurance.nbg.gr)

Τέλος, εφόσον δε σημειώνεται η αρνητική επιλογή στο τέλος της παραγράφου αυτής του παρόντος κειμένου, παρέχω τη συγκατάθεσή μου ειδικώς και ελεύθερως στην Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» να χρησιμοποιήσει τα προαναφερόμενα δεδομένα μου, πλην των ευαίσθητων, η ίδια ή άλλες εταιρίες που ανήκουν στον Όμιλο της ή στον όμιλο στον οποίο ανήκει, με σκοπό α) την ενημέρωσή μου και αποστολή διαφημιστικού υλικού, με έντυπη μορφή ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο ηλεκτρονικής επικοινωνίας (σύμφωνα με το Ν. 2251/1994 όπως αυτός τροποποιήθηκε με το Ν. 3587/2007 σε συνδυασμό με το άρθρο ΙΙ του Ν. 3471/2006) για προϊόντα ή υπηρεσίες της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» ή άλλων εταιρειών που ανήκουν στον ίδιο Όμιλο καθώς και β) για προωθητικές ενέργειες και έρευνες ικανοποίησης πελατών που θα διενεργούν οι ίδιες ή τρίτοι για λογαριασμό τους.

ΔΕΝ ΠΑΡΕΧΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ ☐

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθινά, ακριβή και έχουν καταχωρηθεί σωστά, δηλώνω δε υπεύθυνα ότι δεν απέκρυψα, αποσιώπησα ή παρέλειψα κανένα ουσιώδες στοιχείο απ' όσα χρειάζεται η Εταιρία για να κάνει ακριβή εκτίμηση του κινδύνου που αναλαμβάνει. Επίσης δέχομαι ότι η κατάθεση της παρούσας αίτησης αποτελεί και τη βάση του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί από την Ασφαλιστική Εταιρία.

Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι πως κάθε ψευδής δήλωσή μου και κάθε απόκρυψη γνωστών σ' εμένα στοιχείων σχετικά με τον καλυπτόμενο κίνδυνο αποτελεί ουσιώδη λόγο για καταγγελία από την Ασφαλιστική Εταιρία (Άρθρο 3 Ν. 2496/97).

Συνομολογώ τέλος ότι παρέλαβα και μελέτησα τους Όρους Ασφάλισης, τους οποίους και αποδέχομαι καθώς και τις πληροφορίες (προσυμβατική ενημέρωση), που προβλέπονται στο άρθρο 150 του Ν. 4364/2016.

Η υπογραφή του παρόντος ερωτηματολογίου δεν δεσμεύει τον προτείνοντα την ασφάλιση ή τον ασφαλιστή για την ολοκλήρωση και τελική αποδοχή της ασφάλισης.

Ο ΠΡΟΤΕΙΝΩΝ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΔΗΛΩΝ

Ημερομηνία _____ Για και εκ μέρους της _____
(επωνυμία της επιχείρησής)

Υπογραφή Εταίρου ή Διευθυντού _____

Παρακαλούμε επισυνάψτε στο παρόν ένα ενημερωτικό φυλλάδιο της επιχείρησής σας.