



ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ
ΕΔΡΑ ΑΘΗΝΩΝ: Λ. ΣΥΓΓΡΟΥ 193-195 & ΧΡ. ΣΜΥΡΝΗΣ 2, 171 21 ΝΕΑ ΣΜΥΡΝΗ,
ΤΗΛ.: 210 9309500, FAX: 210 9314541 • e-mail: info@minetta.gr • URL: www.minetta.gr
Α.Φ.Μ.: 094040925, ΑΡ. Μ.Α.Ε.: 12854/05/Β/86/34 • Δ.Ο.Υ.: ΦΑΕ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ
MINETTA

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΕΤΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΩΝ



1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

Α. ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΕΛΑΤΗ:

Επωνυμία

Κωδ. Συνεργάτη

Α.Φ.Μ.

Αρ. Ειδικού Μητρώου

Β. ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ:

Επωνυμία

Κωδ. Συνεργάτη

Α.Φ.Μ.

Αρ. Ειδικού Μητρώου

Γ. ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ:

Επωνυμία

Κωδ. Συνεργάτη

Α.Φ.Μ.

Αρ. Ειδικού Μητρώου

2 ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ)

Ονοματεπώνυμο
ή Επωνυμία Επιχείρησης

Επάγγελμα

Α.Φ.Μ.

Δ.Ο.Υ.

Νόμιμος εκπρόσωπος

Διεύθυνση
Αλληλογραφίας

Οδός

Αριθμός

Τ.Κ.

Πόλη

Συννοικία

Νομός

Στοιχεία επικοινωνίας

Σταθερό τηλ.

Κινητό

Fax

e-mail

3 ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ (αν είναι διαφορετικός από τον ΛΗΠΤΗ της ασφάλισης αλλιώς "Ο ΙΔΙΟΣ")

Ονοματεπώνυμο
ή Επωνυμία Επιχείρησης

Επάγγελμα

Α.Φ.Μ.

Δ.Ο.Υ.

Διεύθυνση
Αλληλογραφίας

Οδός

Αριθμός

Τ.Κ.

Πόλη

Συννοικία

Νομός

Στοιχεία επικοινωνίας

Σταθερό τηλ.

Κινητό

Fax

e-mail

4 ΕΙΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Μεμονωμένη _____ Ανοικτό συμβόλαιο (διαρκές): _____

Για διαρκές ασφαλιστήριο αναφέρατε:

ΕΤΗΣΙΟ ΚΥΚΛΟ ΕΡΓΑΣΙΩΝ: Εισαγωγές: € _____ Εξαγωγές: € _____

ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΦΟΡΤΩΣΗΣ: _____ ΣΥΝΗΘΗ ΤΑΞΙΔΙΑ / ΔΙΑΔΡΟΜΕΣ: _____

5 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία μεταφοράς: ____/____/____

Είδος εμπορευμάτων: _____

Περιλαμβάνονται στα μεταφερόμενα εμπορεύματα εύφλεκτα ή επικίνδυνα αντικείμενα; **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Αν ΝΑΙ, διευκρινίστε: _____

Ασφαλιζόμενη αξία: _____ Συνολική αξία μεταφερόμενων εμπορευμάτων: _____

Είδος συσκευασίας / στοιβάσας: _____

Ποσότητα: _____ Συνολικό βάρος: _____

Αρ. τιμολογίου: _____ Ημερομηνία: _____

Αρ. φορτωτικής: _____ Ημερομηνία: _____

Στοιχεία ταξιδιού:

Διάρκεια: Από: ____/____/____ Έως: ____/____/____

Τόπος φόρτωσης: _____ Τόπος προορισμού (παράδοσης): _____

Τόπος μεταφόρτωσης: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Είδος μεταφοράς: Θαλάσσια _____ Σιδηροδρομική _____ Οδική _____ Αεροπορική _____

Μέσα μεταφοράς: _____

Όνομα πλοίου: _____ Ηλικία πλοίου: _____ Τύπος πλοίου: _____

Αρ. κυκλοφορίας οχήματος: _____ Είδος οχήματος: _____

Αεροπορική εταιρία: _____

Πρόκειται τα εμπορεύματα να τοποθετηθούν κατά τη διάρκεια μεταφοράς σε ανοικτό φορτηγό ή στο κατάστρωμα πλοίου; **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Αν ΝΑΙ, διευκρινίστε: _____

6 ΑΛΛΕΣ ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Είναι η πρώτη φορά που ζητάτε να ασφαλιστείτε; **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐ Αν ΟΧΙ, σε ποια εταιρία ασφαλιζόσασταν; _____

Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για τον ίδιο κίνδυνο σε ισχύ; **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐ Αν ΝΑΙ, σε ποια ασφαλιστική εταιρία; _____

Έχει στο παρελθόν: α) Απορριφθεί αίτησή σας για ασφάλιση; **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐ β) Ακυρωθεί ασφαλιστική σας σύμβαση; **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Είχατε, κατά την τελευταία 5ετία, εμπλακεί σε ζημιές; **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Αν ΝΑΙ, αναφέρατε: Την αιτία της ζημιάς _____, το ποσό της ζημιάς _____

Ημερομηνία ζημιάς: ____/____/____

Έχετε σε ισχύ οποιαδήποτε ασφάλιση με την Εταιρία ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΙΣ – ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ ΜΙΝΕΤΤΑ; **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Αν ΝΑΙ, αναφέρατε αριθμό συμβολαίου(ων) _____

7 ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΛΥΨΕΩΝ

Παρακαλούμε σημειώστε με «√» την κατηγορία καλύψεων και τις τυχόν επεκτάσεις των καλύψεων που επιθυμείτε.

ΡΗΤΡΑ (Α) - INSTITUTE CLAUSES (A): ☐ ΡΗΤΡΑ (Β) - INSTITUTE CLAUSES (B): ☐ ΡΗΤΡΑ (C) - INSTITUTE CLAUSES (C): ☐

ΕΠΕΚΤΑΣΕΙΣ: ΡΗΤΡΑ ΠΟΛΕΜΟΥ - INSTITUTE WAR CLAUSES: ☐ ΡΗΤΡΑ ΑΠΕΡΓΙΩΝ - INSTITUTE STRIKES CLAUSES: ☐

ΑΛΛΟ: _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Σε σχέση με την υπό σύναψη ασφαλιστική σύμβαση, παρέχονται οι πιο κάτω πληροφορίες:

1. Η πλήρης επωνυμία της συμβαλλόμενης ασφαλιστικής εταιρίας είναι: **ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΙΣ - ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΜΙΝΕΤΤΑ Α.Ε.Ε.Γ.Α.**
2. Η έδρα της συμβαλλόμενης ασφαλιστικής εταιρίας είναι: Λ. Συγγρού 193-195, 17121 Ν. Σμύρνη, Αθήνα.
3. Υπεύθυνος Προσασίας Δεδομένων (Υ.Π.Δ.) της Εταιρίας: τηλ.: 210 9309500, email: dpo@minetta.gr
4. Μπορείτε να υποβάλετε εγγράφως οποιοδήποτε παράπονο τυχόν έχετε και να μας το αποστείλετε ταχυδρομικώς, μέσω φαξ, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή να το καταθέσετε αυτοπροσώπως στα κεντρικά μας γραφεία ή στο υποκατάστημά μας. Η Εταιρία μας θα σας δώσει απάντηση το ταχύτερο δυνατό και στην περίπτωση που απαιτείται χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των πέντε ημερών, θα σας ενημερώνουμε τακτικά για την ημερομηνία της οριστικής απάντησης.

Έχετε δικαίωμα να επιδιώξετε οποτεδήποτε εξωδικαστική επίλυση της ενδεχόμενης διαφοράς σας με την Εταιρία μας, ενώπιον του Συνηγόρου του Καταναλωτή ή άλλου φορέα Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών, να ενημερώσετε την εποπτική αρχή (Τράπεζα της Ελλάδος) αλλά και να προσφύγετε ενώπιον των αρμοδίων δικαστηρίων. Εφαρμοστέο δίκαιο της ασφαλιστικής σύμβασης ορίζεται το Ελληνικό.

Η εταιρία τηρεί και επεξεργάζεται αρχείο με προσωπικά δεδομένα των ασφαλισμένων της, με σκοπό στην εκτίμηση του κινδύνου στο πλαίσιο σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης, τη διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης και τη συμμόρφωση της Εταιρίας με το ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο. Η συλλογή των προσωπικών δεδομένων που επεξεργαζόμαστε γίνεται βάσει των στοιχείων που μας χορηγήσατε εσείς οι ίδιοι ή τα λάβαμε από τρίτα συνεργαζόμενα με την Εταιρία μέρη. Αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων είναι δυνατό να είναι (αντ)ασφαλιστικές εταιρίες, δημόσιες/δικαστικές αρχές, Υπηρεσία Στατιστικής των Ασφαλιστικών Εταιριών (αρχείο Υ.Σ.Α.Ε.), συνεργαζόμενοι με την εταιρία πάροχοι στο πλαίσιο της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης, όπως ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές, πάροχοι υπηρεσιών υγείας, δικηγόροι και δικαστικοί επιμελητές, πραγματογνώμονες, αντ'ασφαλιστές (εντός ή εκτός Ε.Ε.), πάροχοι οδικής βοήθειας, φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, υπηρεσίες τηλεφωνικής εξυπηρέτησης πελατών και εταιρίες αποστολής ενημερωτικών εντύπων. Ο λήπτης της ασφάλισης/ασφαλισμένος έχει το δικαίωμα να έχει πρόσβαση στα προσωπικά δεδομένα που τηρεί η εταιρία, να ζητήσει την διαγραφή, διόρθωση ή επικαιροποίηση, τον περιορισμό καθώς και να φέρει αντιρρήσεις σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες ή σε χρήση στοιχείων του για σκοπούς marketing. Ο λήπτης της ασφάλισης/ασφαλισμένος αποδέχεται τα ανωτέρω με την υπογραφή της «Δήλωσης Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης», υπόδειγμα της οποίας εμπεριέχεται στο βιβλίο Γενικών και Ειδικών Όρων της εταιρίας.

Κεντρικά Γραφεία Αθηνών: Λ. Συγγρού 193-195, 17121 Ν. Σμύρνη, Τηλ: 210 9309500, Fax: 210 9309457, e-mail: info@minetta.gr
Υποκατάστημα Θεσσαλονίκης: Αριστοτέλους 5, 54624 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 288216, Fax: 2310 224675, e-mail: info@minetta.gr

Παρακαλώ να εκδώσετε ασφαλιστική σύμβαση, με βάση τα στοιχεία που δήλωσα. Συμφωνώ πως η ασφάλισή μου θα ισχύσει μετά την αποδοχή από την Εταιρία σας αυτής της πρότασής μου, με την προϋπόθεση προηγούμενης εξόφλησης των ασφαλίσεων. Η πρότασή μου αυτή, μαζί με τις συμπληρωματικές πληροφορίες και προϋποθέσεις, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης. Αυτή η δήλωσή μου ισχύει για κάθε ανανέωση της ασφαλιστικής σύμβασης, εκτός αν εγγράφως σας δηλώσω επιθυμία τροποποίησης και το αποδεχτείτε εγγράφως. Βεβαιώνω πως έλαβα γνώση των πληροφοριών που προβλέπονται από την κείμενη νομοθεσία.

HMEPOMHNIJA: /

Ο ΑΙΤΩΝ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ
ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗΣ

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)

(υπογραφή - ονοματεπώνυμο)