

Πρόταση για Ασφάλιση έναντι Προσωπικών Ατυχημάτων

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΠΛΗΡΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ

Α. Στοιχεία Προτείνοντα

1. Όνοματεπώνυμο

2. Διεύθυνση Τηλ:

E-mail:

Ημερομηνία Γεννήσεως:

..... Ύψος Βάρος.....

3. Επάγγελμα (εάν είναι περισσότερα από ένα, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες)

.....

.....

4. Παρακαλούμε σημειώστε √ όπου ισχύει:

Αυτοεργοδοτούμενος

Χειρώνακτας

Εργοδοτούμενος

Επόπτης

Χρησιμοποιώ εργαλεία και μηχανήματα

Δεν χρησιμοποιώ εργαλεία και μηχανήματα

5) Όνομα Εργοδότη (εάν ο ασφαλισμένος είναι εργοδοτούμενος).....

Διεύθυνση εργασίας.....

Τηλ. Εργασίας.....

Β. Στοιχεία Συμβαλλόμενου (εάν είναι διαφορετικός από τον ασφαλισμένο)

1. Όνοματεπώνυμο

2. Διεύθυνση Τηλ:

E-mail:

Σχέση με τον ασφαλισμένο

.....

Γ. Λεπτομέρειες Προτείνοντα

6. Χρειασθήκατε ιατρικές συμβουλές ή θεραπεία σε Νοσοκομείο κατά την τελευταία 10ετία; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες: (όνομα γιατρού, διάρκεια ανικανότητας, λεπτομέρειες θεραπείας και αποτελέσματα)

.....

7. Έχετε καμμία αναπηρία; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες:

.....

8. Είναι η κατάσταση της υγείας σας καλή? Εάν ΟΧΙ, δώστε λεπτομέρειες

.....

9. Υποφέρατε ποτέ από ασθένειες; Της καρδιάς, εγκεφάλου, νεύρων, νεφρών, σπλάχνων; Από διαβήτη, δισκοπάθεια, ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος ή αισθητηρίων οργάνων; από υπέρταση, ασθένειες του αίματος, του δέρματος, ή των αδένων; Από καμμία άλλη ασθένεια; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες:

.....

10. Υπάρχουν συνθήκες στο επάγγελμα σας, στις συνήθειες σας ή στις ασχολίες σας που σας εκθέτουν σε ιδιαίτερο κίνδυνο? Εάν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες.

.....

11. Έχει ποτέ απορριφθεί η ακυρωθεί πρόταση σας για ασφάλεια ζωής, ατυχημάτων ή ιατρικής περίθαλψης; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες:

.....

12. Έχετε άλλη ασφάλεια ατυχημάτων? Εάν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες

.....

13. Είχατε ποτέ οποιοδήποτε ατύχημα για το οποίο ζητήσατε αποζημίωση? Εάν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες

.....

14. Ασχολείστε με οποιοδήποτε άθλημα/σπορ; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες

.....

Δ. Λεπτομέρειες Συμβολαίου - Ωφελήματα

Εκλογή Παροχών	Κατηγορία	Ποσό €	Ασφάλιστρα
A) ΘΑΝΑΤΟΣ από ατύχημα ΜΟΝΟ	€.....
B) Μόνιμη Ολική Ανικανότητα	€.....
Γ) Προσωρινή Ολική/Μερική Ανικανότητα για εργασία	€.....
Δ) Ιατρικά έξοδα	€.....
		Σ Υ Ν Ο Λ Ο	€.....

Σημ.:

(i) Δεν παρέχεται κάλυψη για κινδύνους Β Γ Δ μόνο παρά σαν συμπλήρωμα της ασφάλειας για ΘΑΝΑΤΟ (Α).

(ii) Το ποσό της μόνιμης ολικής ανικανότητας δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερο του ωφελήματος που παρέχεται σε περίπτωση θανάτου.

(iii) Τα ωφελήματα για προσωρινή ολική/μερική ανικανότητα δεν πρέπει να υπερβαίνουν το 75% των κανονικών απολαβών.

(iv) Πρόσωπα που έχουν ηλικία μικρότερη των 18 και μεγαλύτερη των 65 δεν μπορούν να ασφαλιστούν.

ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Προτίθεται να εξοφλήσω το ασφάλιστρο που θα μου κοινοποιηθεί σύμφωνα με τις ημερομηνίες που αναφέρονται στην σχετική ρήτρα πληρωμής ασφάλιστρου ως εξής:

- Με απ' ευθείας χρέωση του Τραπεζικού μου Λογαριασμού Αρ.
με την Τράπεζα
- Πιστωτική Κάρτα Αρ. Ημερ. Λήξης:/...../.....
- Μετρητά-Επιταγή
- Με Αυτόματη Τραπεζική Εντολή (Direct Debit) από το Αριθμό Λογαριασμού μου
με την Τράπεζα
- Μέσω της ιστοσελίδας μας www.progressiveic.com

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι οτιδήποτε αναφέρεται στην πρόταση αυτή είναι απόλυτα αληθές και ότι δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ επίσης ότι η πρόταση και δήλωση αυτή θα είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα, θα αποτελεί την βάση του ασφαλιστηρίου αυτού μεταξύ μου και της PROGRESSIVE INSURANCE COMPANY LTD και θα θεωρείται ως να ενσωματώνεται στο ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί.

.....
Υπογραφή

.....
Ημερομηνία

Ο Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων καθορίζει τις αρχές που ακολουθούνται από την Progressive Insurance Company Ltd. ("Progressive") κατά την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σας, καθώς αφορά/και εφαρμόζεται σε όλες τις υπηρεσίες που προσφέρονται από την/παρέχει η Progressive, συμπεριλαμβανομένων των συμβάσεων ασφάλισης σας.

Ο σκοπός για τον οποίο η Progressive συλλέγει, επεξεργάζεται και διατηρεί τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σας για όλη τη διάρκεια της σχέσης σας μαζί μας ως πελάτη ή ως υποψήφιου πελάτη σχετίζεται με τα ασφαλιστήρια συμβόλαια σας που συνάπτονται με την Progressive και αυτά που ενδεχομένως συναφθούν μαζί σας ως υποψήφιου πελάτη.

Τα αρχεία μας ενδέχεται να περιλαμβάνουν ευαίσθητα και μη ευαίσθητα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σας.

Το περιεχόμενο των αρχείων μας λαμβάνεται είτε απευθείας από εσάς, είτε μέσω σχετικών εγγράφων, μέσω αντιπροσώπων και συνεντεύξεων που έγιναν ή υποβλήθηκαν κατά την διαδικασία της αίτησης και πρότασης για ασφάλιση σας στη βάση της εκφρασθείσας προς εμάς συγκατάθεσης σας. Τα αρχεία θα ενημερώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα με την ίδια μέθοδο με την οποία είχαν ληφθεί.

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σας αποθηκεύονται σε διακομιστές (servers) που βρίσκονται στην Κύπρο και ελέγχονται από το προσωπικό μας. Έχουμε εγκατεστημένα μέτρα ασφαλείας που διασφαλίζουν την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που περιέχονται στη βάση δεδομένων μας και αυτά τα μέτρα ασφαλείας υπόκεινται σε συνεχή αναθεώρηση και αναβάθμιση.

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Έχω διαβάσει τις πιο πάνω πληροφορίες και επιβεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες αυτές είναι ξεκάθαρα κατανοητές σε εμένα και επιβεβαιώνω ότι: Συγκατατίθεμαι οικειοθελώς στη συλλογή, επεξεργασία και διατήρηση δεδομένων προσωπικού μου χαρακτήρα από την Progressive υπό την ιδιότητα μου ως υποψήφιου πελάτη ή ασφαλισμένου ή για την επεξεργασία και διεκπεραίωση απαιτήσεων σε σχέση με ασφαλιστήρια συμβόλαια μου.

Συγκατατίθεμαι στην διαβίβαση χωρίς περιορισμό των δεδομένων προσωπικού μου χαρακτήρα από την Progressive για σκοπούς ανασφάλισης της σύμβασης ασφάλισης μου και/ή για την επεξεργασία και/ή διεκπεραίωση σχετικών απαιτήσεων, εάν υπάρχουν, και

Επιβεβαιώνω ότι έχω πληροφορηθεί και κατανοώ τα δικαιώματά μου που αφορούν στην πρόσβαση και διόρθωση των δεδομένων προσωπικού μου χαρακτήρα, στην υποβολή γραπτού αιτήματος για παύση της επεξεργασίας ή διαγραφής των δεδομένων προσωπικού μου χαρακτήρα ή εναντίωσής μου στην επεξεργασία δεδομένων προσωπικού μου χαρακτήρα και ανάκλησης της συγκατάθεσής μου σε οιονδήποτε χρόνο με την υποβολή γραπτής ανάκλησης στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων ή με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (email) προς customer-care@progressiveic.com.

Επιθυμώ όπως με ενημερώνετε σχετικά με τις υπηρεσίες που προσφέρονται από την Progressive είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) είτε με την αποστολή μηνύματος (text message) στο κινητό μου τηλέφωνο.

.....
Υπογραφή

.....
Ημερομηνία

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΠΡΑΚΤΟΡΑ/ΜΕΣΑΖΟΝΤΑ/ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Εγώ ο/η (Ασφαλιστικός Πράκτορας/Σύμβουλος/Μεσάζοντας/Υπάλληλος) από δηλώνω ότι δεν παρέλειψα να παράσχω στον/η ενδιαφερόμενο/η οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία αναφορικά με την ασφαλιστική σύμβαση και ότι:

α. Είμαι κάτοχος ή εξουσιοδοτημένος υπάλληλος Ασφαλιστικού Πράκτορα/Μεσάζοντα με Πιστοποιητικό Εγγραφής Αρ. που εκδόθηκε από την Υπηρεσία Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών.

β. Είμαι εξουσιοδοτημένος υπάλληλος της Ασφαλιστικής Εταιρείας.

.....
Υπογραφή

.....
Ημερομηνία