

ΜΕΓΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ **ΒΑΣΙΚΗ + ΣΕΙΣΜΟ + ΔΟΞΗ ΔΑΝΕΙΟΥ**

- ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ
 ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΙΣΧΥΟΝΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ _____

Η παρούσα Πρόταση θα αποτελέσει αναπόσπαστο μέρος του Συμβολαίου. Η συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων είναι υποχρεωτική, εφόσον χρησιμοποιείται σαν Πρόταση Έκδοσης. Αν χρησιμοποιείται σαν Πρόταση Τροποποίησης, θα συμπληρώνεται μόνο ότι διαφοροποιείται από την αρχική πρόταση. Δεν μπορεί να χρησιμοποιείται και σαν Πρόταση Έκδοσης και σαν Πρόταση Τροποποίησης, παρά μόνο για μία από τις δύο περιπτώσεις.

1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Επώνυμο: _____
 Όνομα: _____
 Πατρώνυμο/Όνομα συζύγου _____
 Α.Φ.Μ.: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] ΔΟΥ: _____
 Οδός: _____ Αριθμός: _____
 Τ.Κ.: _____ Συνοικία: _____
 Πόλη: _____
 Τηλ. 1: _____ Κινητό Τηλ.: _____
 Fax: _____ E-mail: _____

2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

(αν είναι διαφορετικός από το λήπτη της ασφάλισης, αλλιώς "Ο ΙΔΙΟΣ")

Επώνυμο: _____
 Όνομα: _____
 Πατρώνυμο/Όνομα συζύγου _____
 Α.Φ.Μ.: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] ΔΟΥ: _____
 Οδός: _____ Αριθμός: _____
 Τ.Κ.: _____ Συνοικία: _____
 Πόλη: _____
 Τηλ. 1: _____ Κινητό Τηλ.: _____
 Fax: _____ E-mail: _____

3 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οδός & Αριθμός: _____ Πόλη: _____ Τ.Κ.: _____

4 ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Η ασφάλισή μου επιθυμώ να αρχίσει την: [] [] / [] [] / [] [] [] [] και να λήξει την: [] [] / [] [] / [] [] [] []

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ: Εφάπαξ Ανά εξάμηνο

5 ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ

Κεφάλαιο οικοδομής € _____
 Ευπόθηκος Δανεισμός Τράπεζα _____ Ποσό € _____

6 ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗΣ ΚΤΙΡΙΟΥ

(Το πρόγραμμα ΜΕΓΑΣΦΑΛΕΙΑ ΔΑΝΕΙΟΛΗΠΤΩΝ δεν παρέχεται σε ξύλινα κτίρια, CANADIAN ή Φινλανδικού τύπου κατασκευής)

Έτος κατασκευής θεμελίων _____ Έτος αποπεράτωσης κτιρίου _____

Το κτίριο αποτελείται από _____ ορόφους (εκτός ισόγειου) και στεγάζει: _____

Στο Υπόγειο: _____ ισόγειο: _____

Στους Ορόφους: _____

που συνεχεται: ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ με _____ και είναι συνολικά _____ τ.μ.

Ο ασφαλιζόμενος κίνδυνος βρίσκεται: Σε ολόκληρη την οικοδομή Στο υπόγειο Στο ισόγειο Στον _____ όροφο

ΟΙ ΤΟΙΧΟΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΜΕΝΟΙ ΑΠΟ: Μπετόν Αρμέ Τούβλα Τσιμεντόλιθους Πέτρες Ξύλο Σάντουιτς

Ο ΣΚΕΛΕΤΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΔΟΜΗΣ ΕΙΝΑΙ: Μπετόν αρμέ Λιθόκλιτος Μεταλλικός Ξύλινος

Η ΣΤΕΓΗ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΜΕΝΗ ΑΠΟ: Μπετόν αρμέ Κεραμίδια Πλάκες Λαμαρίνα Ελενίτ Ξύλο

Ο ΣΚΕΛΕΤΟΣ ΤΗΣ ΣΤΕΓΗΣ ΕΙΝΑΙ: Μπετόν αρμέ Ξύλινος Μεταλλικός

7 ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ

Πυρκαϊά, Κεραυνός, Ζημιές από καπνό, Ευρεία Έκρηξη, Πτώση αεροσκάφους, Πρόσκρουση οχήματος, Αποκομιδή ερειπίων, Ζημιές & έξοδα πυρόσβεσης, Ασφάλιση δόσης δανείου, Τρομοκρατικές ενέργειες, Πολιτικές Ταραχές, Κακόβουλη Βλάβη, Σεισμός

8 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΣΕΙΣΜΟΥ

Η οικοδομή έχει ανεγερθεί με νόμιμη άδεια ΝΑΙ ΟΧΙ Υπάρχουν προσθήκες χωρίς νόμιμη άδεια ΝΑΙ ΟΧΙ

Η οικοδομή νομιμοποιήθηκε μετά την ανέγερσή της (νομιμοποίηση αυθαιρέτου) ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπήρξαν ζημιές από σεισμό στο παρελθόν ΝΑΙ ΟΧΙ Έγινε αποκατάσταση των ζημιών με νόμιμη άδεια ΝΑΙ ΟΧΙ

Έγινε αποχαρκτηρισμός του κτιρίου ΝΑΙ ΟΧΙ

9 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΛΛΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΣΕ ΙΣΧΥ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ σε ποια Ασφαλιστική Εταιρία, για ποια ασφαλιζόμενα κεφάλαια και καλυπτόμενους κινδύνους; _____

2. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΖΗΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΗ ΟΙΚΟΔΟΜΗ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ χρονολογία και είδος ζημιών _____

Εγινε πλήρης αποκατάσταση των ζημιών; _____

Υπήρχε ασφάλιση για αυτές τις ζημιές και σε ποια Εταιρία; _____

Λάβατε αποζημίωση και ποιο ποσό; _____

Προς την
INTERAMERICAN
Ελληνική Εταιρία
Ασφαλίσεων Ζημιών Α.Ε.

Έδρα:
Λ. Συγγρού 124-126
Αθήνα

Κεντρικά Γραφεία:
Λ. Συγγρού 350
176 80 Καλλιθέα

Τηλ. Κέντρο: 210 9461111
Telefax: 210 9461037
www.interamerican.gr

Δηλώνω ότι οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις και ότι δεν παρέλειψα περιστατικό ή στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει τους υπό εκτίμηση κινδύνους από την Ασφαλιστική Εταιρία. Παρακαλώ, με βάση τα στοιχεία που δήλωσα, να εκδώσετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

Συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύσει μετά την αποδοχή από την Εταιρία σας αυτής της πρότασής μου, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασής με την προϋπόθεση προηγούμενης εξόφλησης των ασφαλιστρών.

Η παραπάνω δήλωσή μου ισχύει για κάθε ανανέωση της Ασφαλιστικής Σύμβασής, εκτός αν τροποποιηθεί με έγγραφό μου, που θα γίνει αποδεκτό έγγραφως από την Εταιρία.

Δηλώνω ότι μου παραδόθηκε από τον ασφαλιστικό σύμβουλο και παρέλαβα έγγραφο (έντυπο) της Εταιρίας σας με τις πληροφορίες που προβλέπονται (όπως σε αυτό αναφέρονται) από το άρθρο 4, παρ. 2, περ. Η', Ν.Δ. 400/70 (όπως τούτο τροποποιήθηκε από το Π.Δ. 252/98), τόσο τις γενικές όσο και τις ειδικές σχετικά με τους απτήντες από εμένα προς κάλυψη ασφαλιστικούς κινδύνους.

Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση για τα παρακάτω τα οποία και αποδέχομαι:
Η ασφαλιστική Εταιρία «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.» τηρεί και επεξεργάζεται Αρχείο με προσωπικά δεδομένα των Ασφαλιζομένων της, στα οποία περιλαμβάνονται και ευαίσθητα δεδομένα, με σκοπό την ομαλή λειτουργία και εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασής. Αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων των Ασφαλιζομένων δύναται να είναι τα διαμεσολαβούντα για τη σύναψη της Σύμβασής Ασφάλισης πρόσωπα, Δημόσιες Αρχές βάσει επιταγών του Νόμου ή Δικαστικών Αποφάσεων, η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών, η Υ.Σ.Α.Ε., το Γ.Δ.Α. τα ασφαλιστικά ταμεία, οι έχοντες δικαιώματα από τις ασφαλιστικές συμβάσεις, πραγματογνώμονες, ιατροί, δικηγόροι, δικαστικοί επιμελητές, κ.λπ.

Ο Ασφαλιζόμενος έχει το δικαίωμα να λαμβάνει, κατόπιν γραπτού αιτήματός του και έναντι του ποσού που θα καθορίσει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, τα στοιχεία που τον αφορούν προσωπικά ή και να προβάλει τυχόν εύλογες ανησυχίες, σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στα άρθρα 12 και 13 του Νόμου 2472/1997, και πάντως μέσα στα πλαίσια της Ασφαλιστικής Σύμβασής. Η παραπάνω ασφαλιστική Εταιρία έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιεί τα προσωπικά δεδομένα του κάθε Ασφαλιζομένου της, πλην των ευαίσθητων για προωθητικές ενέργειες, δικές της ή τρίτων, ο Ασφαλιζόμενος όμως μπορεί να καταγγείλει οποτεδήποτε το ως άνω δικαίωμα της ανωτέρω ασφαλιστικής Εταιρίας με γραπτή δήλωσή του προς αυτήν.

Πόλη _____ Ημερομηνία _____

Υπογραφή και ονοματεπώνυμο _____

Συμβαλλομένου (Λήπτη της Ασφάλισης) _____

ή Υπογραφή εκπροσώπου και σφραγίδα _____

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΡΤΑΣ: CVV ΗΜ. ΛΗΞΗΣ ΚΑΡΤΑΣ: /

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΟΧΟΥ ΚΑΡΤΑΣ:

Με την παρούσα εξουσιοδοτώ την INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε. όπως προβεί στην εξόφληση των ασφαλιστρών του συμβολαίου που θα εκδοθεί με βάση την παρούσα Πρόταση Ασφάλισης καθώς και των ανανεώσεών του, με χρέωση της πιστωτικής μου κάρτας με τα παραπάνω στοιχεία όπως και της όποιας κάρτας εκδίδεται σε αντικατάσταση αυτής.

Η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει έως ότου η Εταιρία λάβει έγγραφη δήλωσή μου (έως και 5 εργάσιμες ημέρες πριν από την ημερομηνία οφειλής), η οποία θα ανακαλεί την παρούσα.

Η παρούσα εξουσιοδότηση αναιρεί κάθε προηγούμενη εντολή χρέωσης με άλλη πιστωτική κάρτα.

Ημερομηνία _____ Υπογραφή κατόχου κάρτας _____

ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ

Ημερομηνία _____ Κωδικός **085**

Όνοματεπώνυμο _____

Υπογραφή

ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ

Ημερομηνία _____ Κωδικός _____

Όνοματεπώνυμο _____

Υπογραφή

Ε Ν Η Μ Ε Ρ Ω Τ Ι Κ Ο Ε Ν Τ Υ Π Ο

Ενημερωτικό Έντυπο Πληροφοριών (άρθρου 4, παρ. 2 περ. Η', Ν.Δ. 400/70). Σε σχέση με την υπό σύναψη Ασφαλιστική Σύμβαση με την Εταιρία μας, σας παρέχονται οι παρακάτω πληροφορίες:

1. Η πλήρης επωνυμία της συμβαλλόμενης Ασφαλιστικής Επιχείρησής έχει ως εξής: INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.

2. Η έδρα της Ασφαλιστικής Εταιρίας βρίσκεται στην Ελλάδα, επί της οδού Λεωφόρου Συγγρού 124-126, Αθήνα.

3. Εφαρμοστέο Δίκαιο που θα διέπει την Ασφαλιστική Σύμβαση θα είναι το Ελληνικό.

4. Μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα, η Ασφαλιστική Εταιρία θα απαντά εγγράφως σε κάθε πρόβλημα ή παρατήρησή σας, για τα οποία ο έγγραφος τύπος θα κρίνεται απαραίτητος. Σε κάθε άλλη περίπτωση θα ικανοποιεί το ταχύτερο δυνατό κάθε αίτημά σας που κρίνεται εύλογο.