

## Πρόταση Ασφάλισης Σκάφους



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :				Α.Δ.Τ / Α.ΔΙΑΒ :			
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ :				ΚΙΝΗΤΟ:			
Α.Φ.Μ :				Δ.Ο.Υ :			
<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ</b>							
ΟΔΟΣ:		ΑΡ.		Τ.Κ		ΠΟΛΗ / ΧΩΡΙΟ:	
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΚΑΦΟΥΣ</b>							
ΤΥΠΟΣ ΣΚΑΦΟΥΣ			ΜΑΡΚΑ ΣΚΑΦΟΥΣ				
ΜΗΚΟΣ			ΥΛΙΚΟ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ				
ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ			ΟΝΟΜΑ ΣΚΑΦΟΥΣ				
ΑΡ. ΝΗΟΛΟΓΙΟΥ		/		ΛΕΜΒΟΛΟΓΙΟΥ			
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΧΑΝΗΣ / ΤΥΠΟΣ ΚΑΙ ΜΑΡΚΑ ΜΗΧΑΝΩΝ</b>							
ΚΥΡΙΑΣ		HP		ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ		ΚΑΥΣΙΜΟ	
ΒΟΗΘΗΤΙΚΗΣ		HP		ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ		ΚΑΥΣΙΜΟ	
ΕΞΩΛΕΜΒΙΟΣ		ΕΞΩ-ΕΞΩΛΕΜΒΙΟΣ			ΕΞΩΛΕΜΒΙΟΣ		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<b>ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΗ ΑΞΙΑ</b>							
ΣΚΑΦΟΥΣ			ΒΟΗΘΗΤΙΚΗΣ ΜΗΧΑΝΗΣ				
ΚΥΡΙΑΣ ΜΗΧΑΝΗΣ			ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ				
ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ							
ΠΟΥ ΕΛΛΙΜΕΝΙΖΕΤΑΙ / ΦΥΛΑΣΣΕΤΑΙ ΤΟ ΣΚΑΦΟΣ							
ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΕΛΛΙΜΕΝΙΣΜΟ							
ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΦΥΛΑΞΗ ΣΤΗ ΞΗΡΑ							
ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΟ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΧΕΤΕ ΣΤΟ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΣΚΑΦΩΝ ΑΝΑΨΥΧΗΣ							
<b>ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ</b>							
ΑΠΟ						ΜΕΧΡΙ	
<b>ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΧΡΗΣΗΣ</b>							
ΠΛΕΥΣΗ		Απο:		ΜΕΧΡΙ:		ΠΑΡΟΠΛΙΣΜΟΣ	
						Απο :	
						ΜΕΧΡΙ:	
<b>ΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ</b>							
ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ (Υποχρεωτικά βάσει νόμου)				<input type="checkbox"/> ΝΑΙ		ΚΑΛΥΨΗ SKIER	
				<input type="checkbox"/> ΝΑΙ		<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
ΙΔΙΕΣ ΖΗΜΙΕΣ ΣΚΑΦΟΥΣ				<input type="checkbox"/> ΝΑΙ		<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

**ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ :**


**ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ**

**I. ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΚΟΠΟΣ, ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΣ**

**ΕΠΩΝΥΜΙΑ:** SFAKIANAKIS INSURANCE BROKERS A.E. η οποία ανήκει στον Όμιλο Εταιριών ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗ.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της Εταιρίας είναι:

Σκοπός της εταιρείας είναι η διενέργεια εργασιών μεσιτείας ασφαλίσεων, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 15α-15ε του Ν. 1569/85, όπως έχουν τροποποιηθεί και καθορισθεί από το άρθρο 12 του Ν. 2170/93 και ειδικότερα (α) Η κατ' εντολή των ασφαλιζομένων ή και των ληπτών της ασφάλισης χωρίς δέσμευση της εταιρείας ως προς την επιλογή της ασφαλιστικής Εταιρείας και έναντι προμήθειας που καταβάλλεται από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις μεσολάβηση για την επαφή και διαπραγμάτευση μεταξύ ασφαλιζομένων ή / και ληπτών της ασφάλισης και ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών επιχειρήσεων, β) Η εκτέλεση όλων των αναγκαίων προπαρασκευαστικών εργασιών για τη σύναψη ασφαλιστικών συμβάσεων, γ) Η λήψη της αποδοχής από την ασφαλιστική επιχείρηση και της έγκρισης του ασφαλιζομένου ή / και του λήπτη της ασφάλισης, δ) Η παροχή κάθε είδους συνδρομής στη διαχείριση και εκτέλεση των ασφαλιστικών συμβάσεων και η κατά περίπτωση παροχή συνδρομής στη διαχείριση και εκτέλεση των ασφαλιστικών συμβάσεων ιδίως σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, ε) Η έρευνα, ανάλυση και μελέτη των ασφαλιστικών αναγκών των πελατών καθώς και η διαφώτιση αυτών για την επιλογή των κατάλληλων ασφαλιστικών καλύψεων και ασφαλιστικών υπηρεσιών με την εφαρμογή συγχρόνων μεθόδων προώθησης των πωλήσεων, στ) Η τοποθέτηση ασφαλιστικών εργασιών σε ελληνικές ή αλλοδαπές επιχειρήσεις ή και ασφαλιστές του Ι' loyds Λονδίνου στην Ελλάδα ή και στο Εξωτερικό αντασφαλίσεων προαιρετικών ή και συμβατικών, ζ) η παροχή κάθε είδους συναφών υπηρεσιών προς τους ασφαλιζομένους, τους λήπτες της ασφάλισης, τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις και τους άλλους φορείς της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα ή και στο εξωτερικό με αμοιβή.

**ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Ανώνυμος Εταιρία

**II. ΚΡΑΤΟΣ / ΜΕΛΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΣ:** Η Ελλάδα.

**III. ΕΔΡΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΣ:**

SFAKIANAKIS INSURANCE BROKERS A.E.

Σιδηροκάστρου 5-7 & Πύδνας, 118 55 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ.: +30 210 3469549, FAX: +30 210 3469070. +30 210 346 71 378

A.Φ.Μ.: 099367505, Δ.Ο.Υ.: Φ.Α.Ε. ΑΘΗΝΩΝ

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

**Προς την SFAKIANAKIS INSURANCE BROKERS A.E.**

Αναφορικά με την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου που περιέχονται στην παρούσα αίτηση ή θα περιέλθουν στην εταιρία σας κατά τη διάρκεια της συμβατικής μας σχέσεως, ο υπογράφων το παρόν:..... έλαβα γνώση, συμφωνώ, αποδέχομαι και δηλώνω ρητώς και εγγράφως ότι:

A) Η Εταιρία με την επωνυμία «SFAKIANAKIS INSURANCE BROKERS A.E.», θα τηρεί αρχείο στα γραφεία της, Σιδηροκάστρου 5-7 & Πύδνας 118 55 Αθήναι, Τηλ: +30 210 346 9549 και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά δεδομένα, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής σχέσεως μας. Η Εταιρία θα διαβιβάσει τα προσωπικά μου δεδομένα σε άλλα φυσικά πρόσωπα της ίδιας Εταιρίας και σε άλλα τμήματα της ίδιας Εταιρίας ή σε όποιον άλλο αποδέκτη απαιτείται εκ του Νόμου, για τη διεκπεραίωση της ασφαλιστικής εργασίας μας.

B) Δηλώνω ότι μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου εκ των άρθρων 12 και 13 του Ν. 2472/1997 και συγκεκριμένα: του δικαιώματός μου λήψεως πληροφοριών σχετικά με όλα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και του δικαιώματος προβολής αντιρρήσεων για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν.

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Ο/Η ΥΠΟΓΡΑΦΩΝ/ΟΥΣΑ ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΠΑΡΕΛΑΒΑ ΕΓΓΡΑΦΟ (ΕΝΤΥΠΟ) ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΣΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΕΠΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΑΡΘΡΟ 4 ΠΑΡ.2 ΠΕΡ. Η ΤΟΥ ΝΔ 400/70 ΟΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΤΟ Π.Δ. 252/96 ΕΠΙΣΗΣ ΔΗΛΩΝΩ, ΟΤΙ ΟΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΑΚΡΙΒΕΙΣ ΚΑΙ ΠΛΗΡΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΝ ΑΠΕΚΡΥΨΑ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ ΠΟΥ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ. ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΤΙ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΗ ΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ ΣΑΣ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ \_\_\_\_\_

ΥΠΟΓΡΑΦΗ \_\_\_\_\_