

## ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΜΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Επώνυμο-Όνομα / Επωνυμία Εταιρίας:

Ημ. Γεν. / Ίδρυσης Εταιρίας: \_\_\_\_\_ Ημ. έναρξης επαγγέλματος: \_\_\_\_\_ Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

ΑΔΤ/Διαβατήριο/Αρ. ΓΕΜΗ: \_\_\_\_\_ ΑΦΜ: \_\_\_\_\_ ΔΟΥ: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση Αλληλογραφίας: \_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Τηλ.: \_\_\_\_\_ Κινητό: \_\_\_\_\_

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο-Όνομα / Επωνυμία Εταιρίας:

Ημ. Γεν. / Ίδρυσης Εταιρίας: \_\_\_\_\_ Ημ. έναρξης επαγγέλματος: \_\_\_\_\_ Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

ΑΔΤ/Διαβατήριο/Αρ. ΓΕΜΗ: \_\_\_\_\_ ΑΦΜ: \_\_\_\_\_ ΔΟΥ: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση Αλληλογραφίας: \_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Τηλ.: \_\_\_\_\_ Κινητό: \_\_\_\_\_

Δ/ση Κινδύνου: \_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_

### ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Έναρξη: \_\_\_\_\_, Λήξη: \_\_\_\_\_, Τρόπος εξόφλησης: \_\_\_\_\_

### ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Επωνυμία Επιχείρησης: \_\_\_\_\_

Ποσότητες Αποβλήτων που μεταφέρονται ανά έτος (σε τόνους): \_\_\_\_\_

Ποιοι είναι οι κωδικοί του Ευρωπαϊκού Καταλόγου Αποβλήτων μη επικινδύνων αποβλήτων που μεταφέρετε: \_\_\_\_\_

Πόσα είναι τα ιδιόκτητα οχήματα σας και ποιοι είναι οι αριθμοί κυκλοφορίας τους:

---

---

- Έχετε ασφαλισμένα τα προαναφερόμενα οχήματα στην εταιρεία μας; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
- Πώς παραλαμβάνετε τα εμπορεύματα; **Γενικό φορτίο** **Ενιαίο φορτίο** **Χύδην φορτίο**
- Αν χρησιμοποιείτε εμπορευματοκιβώτια, ποιος ο τύπος τους; **Ανοιχτός** **Κλειστός** **Δεξαμενές**

Το ποσοστό των εργασιών σας:

Αναλαμβάνετε με υπεργολαβία \_\_\_\_\_ %

Αναθέτετε σε υπεργολάβους \_\_\_\_\_ %

Ετήσιος κύκλος εργασιών: \_\_\_\_\_ €

Εκτιμώμενος Κύκλος Εργασιών για το τρέχον έτος: \_\_\_\_\_ €

#### **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΖΗΜΙΩΝ**

(Δηλώστε αναλυτικά το ιστορικό ζημιών της τελευταίας 5ετίας (Χρονολογία, είδος ζημιάς, ύψος ζημιάς, ποσό αποζημίωσης)

---

---

Σας έχουν αρνηθεί στο παρελθόν πρότασή σας για ασφάλιση των παραπάνω κινδύνων ή σας έχουν ακυρώσει την ασφάλισή σας; ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** Εάν ναι, από ποια Ασφαλιστική Εταιρία, τότε και για ποιο λόγο;

---

---

Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για τον ίδιο κίνδυνο; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** Εάν ναι, αναφέρατε Εταιρίες, ασφαλιστικά κεφάλαια και ημερομηνίες λήξης:

---

---

---

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ  
ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ/ΠΡΩΘΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ**

Βάσει των ανωτέρω δηλώνω ότι: Ενημερώθηκα ρητά για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων καθώς και των ειδικής κατηγορίας προσωπικών μου δεδομένων, την οποία πραγματοποιεί η Ασφαλιστική Εταιρία «SOCIETATEA DE ASIGURARE-REASIGURARE CITY INSURANCE S.A» , έλαβα γνώση των δικαιωμάτων που μου παρέχει η σχετική νομοθεσία, αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης και παρέχω την ελεύθερη, ρητή και εν πλήρει επιγνώσει, συγκατάθεσή μου στην επεξεργασία των ανωτέρω δεδομένων που με αφορούν.

Κατωτέρω δηλώνω ρητά τη συναίνεση ή τη μη συναίνεση μου για την επεξεργασία δεδομένων μου από την Ασφαλιστική Εταιρία «SOCIETATEA DE ASIGURARE-REASIGURARE CITY INSURANCE S.A» για προωθητικούς/εμπορικούς σκοπούς, αφού :

A.- Ενημερώθηκα ρητά ότι σε περίπτωση συναίνεσής μου η «SOCIETATEA DE ASIGURARE-REASIGURARE CITY INSURANCE S.A» θα επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων προώθησης προϊόντων και τη διενέργεια στοχευμένων ερευνών για την ικανοποίηση από τις ασφαλιστικές υπηρεσίες που παρέχει η Εταιρία.

B.- Έλαβα γνώση των δικαιωμάτων που μου παρέχει η σχετική νομοθεσία καθώς και της πιθανότητας διαβίβασης των δεδομένων μου σε εταιρίες ερευνών και εταιρίες marketing.

Ο συμβαλλόμενος/λήπτης της ασφάλισης:

ΣΥΝΑΙΝΩ

ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

**Γενικές πληροφορίες -Δηλώσεις ασφαλιζόμενου :**

Δηλώ ότι οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις και ακριβείς και ότι δεν παρέλειψα περιστατικό ή στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει τον υπό εκτίμηση κίνδυνο από την Ασφαλιστική Εταιρία. Επίσης με βάση τα στοιχεία που δήλωσα να εκδώσετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο Αστικής Ευθύνης για τον παραπάνω επιθυμητό κίνδυνο. Συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύει μετά την αποδοχή από την Εταιρία σας αυτής της πρότασής μου, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, υπό την προϋπόθεση της εξοφλήσεως προηγουμένως των ασφαλιστρών. Η παραπάνω δήλωσή μου ισχύει για κάθε ανανέωση της ασφάλισης, εκτός αν τροποποιηθεί με έγγραφο μου προς την Εταιρία σας. Έλαβα από την Εταιρία Ενημερωτικό Έντυπο με πληροφορίες του άρθρου 150 του Ν. . 4364/2016. Τέλος, δηλώνω ότι έλαβα γνώση των σχετικών Γενικών και Ειδικών Ασφαλιστικών Όρων, καθώς και τις εξαιρέσεις αυτών, με τα οποία συμφωνώ και τα οποία αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Υπογραφή Ασφαλιζόμενου

Υπογραφή Συνεργάτη