

Αίτηση έκδοσης ασφαλιστηρίου συμβολαίου
Αίτηση τροποποίησης ισχύοντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου
Αριθμός συμβολαίου: _____

ΑΣΦΑΛΙΣΗ
ΕΓΓΥΗΣΕΩΝ

Για να εκδοθεί το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας, είναι υποχρεωτικό να συμπληρωθούν όλα τα πεδία της αίτησης, καθώς αυτή αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του. Αν χρησιμοποιείται σαν αίτηση τροποποίησης, συμπληρώστε μόνο ό,τι διαφοροποιείται από την αρχική αίτηση.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ			
Επωνυμία:	Διακριτικός Τίτλος:		
Δραστηριότητα:	A.Φ.Μ.:	Δ.Ο.Υ.:	
Στοιχεία επικοινωνίας εκπροσώπου:			
Διεύθυνση αλληλογραφίας:	Τ.Κ.:		
Τηλέφωνο επικοινωνίας:	email:		
ΤΥΠΟΣ ΕΓΓΥΗΣΗΣ			
Συμμετοχής	Ανάληψης Προκαταβολών		
Καλής Εκτέλεσης Έργου	Συντήρησης (καλής λειτουργίας) Έργου		
Καλής Πληρωμής	Φορολογικών & Τελωνειακών Δασμών		
Λοιπά			
Αιτούμενο Ποσό Εγγυητικής Επιστολής:			
Διάρκεια Εγγυητικής Επιστολής:			
Παρατηρήσεις:			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ			
Επωνυμία:	Διακριτικός Τίτλος:		
Δραστηριότητα:	A.Φ.Μ.:	Δ.Ο.Υ.:	
Διεύθυνση:	Τ.Κ.:		
Τηλέφωνο επικοινωνίας:	email:		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ			
Αριθμός:	Ημερομηνία:		
*παρακαλώ επισυνάψτε αντίγραφο της σύμβασης. (η ενότητα 5 να συμπληρωθεί μόνο σε περίπτωση σύμβασης έργου)			
1. Σύνομη περιγραφή:			
2. Τοποθεσία:			
3. Συνολικό τίμημα σύμβασης:			
4. Διάρκεια σύμβασης:			
5. Ζητείται η κάλυψη από την ασφάλιση εγγύησης της περιόδου συντήρησης μετά την ολοκλήρωση των εργασιών; ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ, προσδιορίστε την περίοδο κάλυψης			
ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΕΡΓΟΥ			
*συμπληρώστε μόνο στις περιπτώσεις αίτησης για ασφάλιση εγγύησης καλής εκτέλεσης έργου/ προκαταβολών/ συμμετοχής/ συντήρησης			
Ονοματεπώνυμο	Έτη στην εταιρία	Θέση	Ημερομηνία γέννησης
ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ			
*συμπληρώστε μόνο στις περιπτώσεις αίτησης για ασφάλιση εγγύησης καλής εκτέλεσης έργου/ προκαταβολών/ συμμετοχής/ συντήρησης			
Έχει αναλάβει κατά το παρελθόν ο Ασφαλισμένος έργο για το συγκεκριμένο Δικαιούχο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Έχει αναλάβει στο παρελθόν ο Ασφαλισμένος αντίστοιχο έργο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Ο Ασφαλισμένος θα έχει ρόλο Υπεργολάβου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Αν ναι ποιο είναι το % της υπεργολαβίας που έχει ανατεθεί;			
Παρακαλούμε επισυνάψτε το πρόγραμμα των έργων υπό εκτέλεση.			
Η κατάσταση να περιλαμβάνει: • Περιγραφή έργου • Διάρκεια έργου • Τοποθεσία • Κύριος του Έργου • Αξία Σύμβασης • ποσοστό ολοκλήρωσης έργου			



ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΓΓΥΗΤΙΚΗΣ					
Ο δικαιούχος ζητά Ε/Ε βάσει συγκεκριμένου υποδείγματος;				NAI	OXI
Αν ναι, παρακαλούμε επισυνάψτε αντίγραφο του υποδείγματος.					
ΑΝΑΛΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ					
• Οικονομικές καταστάσεις Παρακαλώ επισυνάψτε τις πιο πρόσφατες οικονομικές καταστάσεις της εταιρίας που έχουν δημοσιευθεί. Εφόσον έχει παρέλθει περίοδος άνω των 6 μηνών από την ημερομηνία λήξης της περιόδου των οικονομικών καταστάσεων απαιτούνται στοιχεία του τρέχοντος 3μήνου - 6μήνου - 9μήνου. Σημείωση: Παρακαλούμε να περιλαμβάνονται Ισολογισμός και Αποτελέσματα Χρήσης.					
• Κύριες συνεργασίες με τραπεζικά ιδρύματα Επωνυμία Τραπεζικού Ιδρύματος (παρακαλώ συμπληρώστε υφιστάμενες συνεργασίες) ALPHA BANK EUROBANK ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ Λοιπές					
• Χρηματοδοτικά εργαλεία σε χρήση					
	Τραπεζικό Ίδρυμα	Όριο Χρηματοδότησης	Ποσό Σε Χρήση	Λήξη Σύμβασης	Εγγυήσεις
Βραχυπρόθεσμος δανεισμός					
Μακροπρόθεσμος δανεισμός					
Εγγυητικές επιστολές					
Overdraft					
• Ασφαλιστικά προϊόντα (Παρακαλούμε σημειώστε άλλα σε ισχύ ασφαλιστήρια συμβόλαια της εταιρίας σας) Ασφάλιση περιουσίας NAI OXI Ασφαλιστική Εταιρία Ασφάλιση προσωπικού NAI OXI Ασφαλιστική Εταιρία Ασφάλιση πιστώσεων NAI OXI Ασφαλιστική Εταιρία Ασφάλιση γενικής αστικής ευθύνης NAI OXI Ασφαλιστική Εταιρία Λοιπά NAI OXI Ασφαλιστική Εταιρία					
• Εκκρεμείς νομικές υποθέσεις Έχουν ασκηθεί νομικές ενέργειες εναντίον της εταιρίας τα τελευταία 5 έτη; NAI OXI Έχει υποβληθεί αίτηση πτώχευσης από την εταιρία, τη μητρική ή τις θυγατρικές ή συνεργαζόμενες εταιρίες ή από τους διαχειριστές αυτών; NAI OXI Έχει προταθεί από την εταιρία σχέδιο εξυγίανσης ή σχέδιο αποπληρωμής πιστωτών; NAI OXI Εφόσον έχει απαντηθεί NAI σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις παρακαλούμε επισυνάψτε λεπτομέρειες του γεγονότος και σχολιασμό του αναμενόμενου πορίσματος.					
• Πιστοποιητικά Βεβαίωση της αρμόδιας Υπηρεσίας, σχετικά με τις τροποποιήσεις καταστατικού (εκτός των ατομικών επιχειρήσεων) NAI OXI Πιστοποιητικό μη πτώχευσης NAI OXI Πιστοποιητικό μη υποβολής αίτησης για πτώχευση NAI OXI Πιστοποιητικό μη υπαγωγής σε διαδικασία εξυγίανσης ή αίτησης για υπαγωγή σε διαδικασία εξυγίανσης (άρθρο 99 Πτωχευτικού κώδικα) NAI OXI Πιστοποιητικό μη θέσης σε εκκαθάριση (εκτός των ατομικών επιχειρήσεων) NAI OXI Πιστοποιητικό μη θέσης σε αναγκαστική διαχείριση (εκτός των ατομικών επιχειρήσεων) NAI OXI Πρόσφατη Φορολογική Ενημερότητα NAI OXI Πρόσφατη Ασφαλιστική Ενημερότητα NAI OXI Μετοχική σύνθεση και σύνθεση Διοικητικού Συμβουλίου (εκτός των ατομικών επιχειρήσεων) NAI OXI Πρακτικό Δ.Σ. (για Α.Ε.), Πρακτικό Γ.Σ. (για ΕΠΕ) ή Υπεύθυνη Δήλωση του Διαχειριστή (ΟΕ, ΕΕ, Ατομική Επιχείρηση) με γνήσιο υπογραφής όπου θα αναγράφεται: α) είτε συγκεκριμένα η "Έγκριση έκδοσης από την INTERAMERICAN Ε.Ε.Α.Ζ. Α.Ε. εγγυητικής επιστολής υπέρ της εταιρίας ποσού με διάρκεια από έως για "					



β) είτε γενικά η έγκριση παροχής δικαιώματος σύναψης συμβάσεων - αίτησης έκδοσης εγγυητικών επιστολών υπέρ της εταιρείας και υπογραφής σχετικών εγγράφων έκδοσης εγγυητικών επιστολών υπέρ της εταιρείας σε συγκεκριμένα πρόσωπα - εκπροσώπους της εταιρείας.

ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

Κατάθεση σε τραπεζικό λογαριασμό	Ημερ/νία δελτίου κατάθεσης:
Τραπεζικό Ίδρυμα	
ALPHA BANK	IBAN GR65 0140 1160 1160 0200 2011 411
EUROBANK	IBAN GR54 0260 0020 0006 3020 0164 422
ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ	IBAN GR40 0110 1370 0000 1374 7018 011
ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	IBAN GR51 0172 9300 0059 3006 8136 470

Ημερομηνία	Υπογραφή Λήπτη της ασφάλισης	Υπογραφή Κατόχου Λογαριασμού
------------	------------------------------	------------------------------

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ (Άρθρου 150 Ν. 4364/2016)

1. Η πλήρης επωνυμία της Ασφαλιστικής Εταιρείας που παρέχει την κάλυψη είναι «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.». Αρ. Γ.Ε.ΜΗ. 305801000, Α.Φ.Μ. 094045552, Δ.Ο.Υ. ΦΑΕ ΑΘΗΝΩΝ.
2. Η καταστατική έδρα της Εταιρείας βρίσκεται στην Ελλάδα, στο Μαρούσι Αττικής, οδός Αγ. Κωνσταντίνου 57. Τα κεντρικά της γραφεία βρίσκονται στο Δήμο Αθηναίων, επί της Λεωφόρου Συγγρού 124-126.
3. Στην περίπτωση μη υποχρεωτικής εκ του νόμου σύμβασης ασφάλισης και όπου υπάρχει δυνατότητα επιλογής μεταξύ περισσότερων δικαιών κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, λόγω στοιχείων αλληλεπιδράσεως και σύγκρουσης δικαιών κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατ' εφαρμογή του Άρθρου 7 παρ. 3 του Κανονισμού (ΕΚ) 593/2008, η Εταιρεία προτείνει ως εφαρμοστέο Δίκαιο της σύμβασης ασφάλισης, το Ελληνικό. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις (όπου, δηλαδή, δεν εμφανίζονται στοιχεία αλληλεπιδράσεως και σύγκρουσης δικαιών κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης) εφαρμόζεται το Ελληνικό Δίκαιο. Αρμόδια Δικαστήρια είναι τα Δικαστήρια των Αθηνών.
4. Η Εταιρεία διαθέτει σύστημα διαχείρισης αιτιάσεων, σύμφωνα με την Πράξη 88/05.04.2016 της Εκτελεστικής Επιτροπής της Τράπεζας της Ελλάδος. «Αιτίαση» θεωρείται η γραπτή δήλωση δυσάρεσκειας από πρόσωπο που σχετίζεται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που παρέχονται από την Εταιρεία. Οι αιτιάσεις υποβάλλονται ως εξής: • Με email στο complaintservice@interamerican.gr • Με fax στο 210 9461034 • Ταχυδρομικά προς το Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών, Λεωφόρος Συγγρού 124-126, Τ.Κ. 117 82 Αθήνα. Η Εταιρεία, μόλις παραλάβει την αιτίαση, αποστέλλει γραπτή επιβεβαίωση παραλαβής. Η Εταιρεία απαντά στην αιτίαση, το αργότερο εντός πενήντα (50) ημερολογιακών ημερών μέρες από την ημερομηνία υποβολής του.
5. Ο Λήπτης της Ασφάλισης ή/ και ο Ασφαλισμένος διατηρούν τη δυνατότητα να προσφύγουν στο Συνήγορο του Καταναλωτή, με υπογεγραμμένη αναφορά, η οποία υποβάλλεται μέσα σε τρεις (3) μήνες από τότε που ο Λήπτης της Ασφάλισης ή/ και ο Ασφαλισμένος έλαβε γνώση της καταναλωτικής διαφοράς. Ωστόσο, ο Λήπτης της Ασφάλισης ή/ και ο Ασφαλισμένος διατηρούν πάντα τη δυνατότητα απευθείας προσφυγής στην Ελληνική Δικαιοσύνη σύμφωνα με τα αναφερόμενα στην παραπάνω παράγραφο 3.

Δηλώνω ότι:

- Οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις και ακριβείς και δεν παρέλειψα περιστατικό ή στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει την εκτίμηση του κινδύνου από την Εταιρεία.
- Πριν από τη σύναψη της σύμβασης ασφάλισης, έλαβα γνώση των πληροφοριών που περιέχονται στο «Ενημερωτικό Έντυπο Άρθρου 150 Ν. 4364/2016».

Ενημερώθηκα:

- Ότι η αίτηση ασφάλισης, ενώ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης, δεν αποτελεί συμβόλαιο και δεν παρέχει ασφαλιστική κάλυψη.
- Ότι για να ισχύει η κάλυψή μου, θα πρέπει η Εταιρεία να αποδεχτεί την αίτηση αυτή.
- Ότι η κάλυψη δεν αρχίζει πριν καταβληθεί το οφειλόμενο ασφάλιστρο που θα αναφέρεται στην ειδοποίηση πληρωμής.

Σχετικά με τα προσωπικά μου δεδομένα, ενημερώθηκα και αποδέχομαι ότι η Εταιρεία:

- Διατηρεί και επεξεργάζεται αρχείο με προσωπικά δεδομένα των Ασφαλισμένων της, στα οποία μπορεί, κατά περίπτωση, να περιλαμβάνονται και τα ευαίσθητα, με σκοπό την ομαλή λειτουργία και εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης.
- Μπορεί να χρησιμοποιεί τα προσωπικά μου δεδομένα, εκτός των ευαίσθητων, καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας που έχω δηλώσει, για προωθητικές ενέργειες δικές της ή τρίτων, καθώς και για έρευνες ικανοποίησης πελατών που διενεργεί ή ίδια ή μέσω τρίτων.
- Αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων μπορούν να είναι τα πρόσωπα που διαμεσολαβούν για τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης, δημόσιες αρχές με βάση τις επιταγές του νόμου ή δικαστικών αποφάσεων, η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών, η Υ.Σ.Α.Ε., τα ασφαλιστικά ταμεία, πρόσωπα που έχουν δικαιώματα από τις ασφαλιστικές συμβάσεις, πραγματογνώμονες, γιατροί, δικηγόροι, δικαστικοί επιμελητές, κ.λπ.

Σχετικά με το Εφαρμοστέο Δίκαιο αποδέχομαι την πρόταση της Εταιρείας για εφαρμογή του Ελληνικού Δικαίου στη σύμβαση ασφάλισης. Αποκλειστικά αρμόδια θα είναι τα Δικαστήρια της Αθήνας.

Γνωρίζω ότι ως Ασφαλισμένος, έχω το δικαίωμα:

- Να λαμβάνω τα στοιχεία που με αφορούν προσωπικά, έπειτα από γραπτό αίτημά μου, και έναντι ποσού που θα καθορίσει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

- Να προβάλω τυχόν εύλογες αντιρρήσεις, σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 13 του Νόμου 2472/1997, όπως ισχύει, εντός των πλαισίων λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης.
- Να καταργήσω οποτεδήποτε το δικαίωμα της Εταιρίας να χρησιμοποιεί τα προσωπικά μου δεδομένα για προωθητικές ενέργειες ή έρευνες, δικές της ή τρίτων.

Οι παραπάνω δηλώσεις μου ισχύουν για κάθε ανανέωση της ασφαλιστικής μου σύμβασης, εκτός και αν τις τροποποιήσω με έγγραφό μου, που γίνει αποδεκτό από την Εταιρία. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, επιθυμώ να εκδώσετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

Ο Νόμιμος Εκπρόσωπος της Επιχείρησης
(Ονοματεπώνυμο/ Σφραγίδα/ Υπογραφή)

Ημερομηνία:

Βεβαιώνω ότι η παρούσα αίτηση συμπληρώθηκε και υπογράφηκε από τον αιτούντα παρουσία μου
Υπογραφή Συνεργάτη

Β ΚΑΙ Β ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΜΕΣΙΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
ΜΕΣΙΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ - Α.Φ.Μ. 800804700
ΑΘΗΝΑ: ΑΤΘΙΔΩΝ 5 (Λ. ΣΥΓΓΡΟΥ 192) - Τ.Κ. 176 71
ΤΗΛ: 210 9514151 - FAX: 212 2133668
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: ΕΡΜΟΥ 41 - Τ.Κ. 546 24
ΤΗΛ: 2310 225 622 - FAX: 2310 263 142

