

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ				Αρ. Αίτησης Νο	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Α.Φ.Μ.		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΤΚ	ΠΟΛΗ	ΝΟΜΟΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ (E-MAIL):

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΟΔΗΓΟΥ					
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΦΜ		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΧΗΜΑΤΟΣ	ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΟ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ	ΜΟΝΤΕΛΟ	ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ	
	ΧΡΩΜΑ	ΑΞΙΑ ΑΓΟΡΑΣ ΠΟΔΗΛΑΤΟΥ	ΕΤΟΣ ΑΓΟΡΑΣ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΗ ΑΞΙΑ (ΒΑΣΗ ΠΑΛΑΙΟΤΗΤΑΣ)	
ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ	ΕΤΗΣΙΟΣ <input type="checkbox"/>	ΕΞΑΜΗΝΟΣ <input type="checkbox"/>	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ		
			ΑΠΟ..... ΜΕΧΡΙ.....		

ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ	ΑΝΤΙΚΑΤΑΒΟΛΗ <input type="checkbox"/>	ΤΑΧΥΠΛΗΡΩΜΗ <input type="checkbox"/>	ΕΙΣΠΡΑΚΤΟΡΑΣ <input type="checkbox"/>	ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ <input type="checkbox"/>	ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ <input type="checkbox"/>
------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	ΕΠΙΛΟΓΗ
Αστική Ευθύνη προς Τρίτους – Σωματικές Βλάβες	Έως 40.000 € ανά ατύχημα	<input checked="" type="checkbox"/>
Αστική Ευθύνη προς Τρίτους – Υλικές Ζημιές	Έως 10.000 € ανά ατύχημα	<input checked="" type="checkbox"/>
Ολική Κλοπή ποδηλάτου (Απαλλαγή 10% επί της ασφαλιζόμενης αξίας)	Ασφαλιζόμενη Αξία	<input type="checkbox"/>
Ίδιες Ζημιές ποδηλάτου (Απαλλαγή 15% ανά ζημία)	Ασφαλιζόμενη Αξία	<input type="checkbox"/>

Ετήσια Ολικά Ασφάλιστρα μόνο Αστικής Ευθύνης προς τρίτους: 25,04€

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΑΞΙΑΣ	
ΗΛΙΚΙΑ ΠΟΔΗΛΑΤΟΥ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΑΛΑΙΟΤΗΤΑΣ
0-3 έτη	0 %
3-5 έτη	20 %
5-7 έτη	30 %
7-10 έτη	40 %
> 10 έτη	50 %

ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ	
ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΗ ΑΞΙΑ	ΕΤΗΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ*
100 – 300 €	35,02 €
301 – 500 €	40,05 €
501 – 1000 €	60,09 €
1001 – 1500 €	80,13 €
1501 – 3000 €	130,32 €

*Αφορούν ασφάλιση Αστικής Ευθύνης προς Τρίτους, Ολικής Κλοπής & Ίδιων Ζημιών

Δηλώνω ότι οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις και αληθείς και ότι δεν παρέλειψα περιστατικό ή στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει τον υπό εκτίμηση κίνδυνο από την Ασφαλιστική Εταιρεία. Οι ανωτέρω ερωτήσεις συνομολογώ ότι αποτελούν ουσιώδη περιστατικά για την εκτίμηση του κινδύνου και τυχόν ψευδή απάντησή τους θεωρείται σε κάθε περίπτωση δόλια. Παρακαλώ με βάσει τα στοιχεία που δήλωσα να εκδώσετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο ποδηλάτου. Συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύει μετά την αποδοχή από την Εταιρεία σας αυτής της πρότασης μου η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης με την προϋπόθεση της προηγούμενης εξόφλησης των ασφαλιστρών. Η παρούσα πρόταση μου ισχύει για κάθε ανανέωση της ασφάλισης εκτός αν τροποποιηθεί με έγγραφό μου, που θα γίνει αποδεκτό εγγράφως από την Εταιρεία. Η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα αποδοχής ή μη κάθε ανανέωσης.
 Δηλώνω: α) ότι μου παραδόθηκαν από τον συνεργάτη σας γραπτές πληροφορίες του άρθρου 4 ΝΔ 400/70 παρ.2 περ. η καθώς επίσης και οι γραπτές δηλώσεις εναντίωσης του άρθρου 2 παρ. 5 και 6 του ν.2496/97 τις οποίες υποχρεούμαι εμπρόθεσμα να σας αποστείλω με συστημένη επιστολή μετά την παραλαβή του ασφαλιστηρίου εφόσον υφίσταται λόγος εναντίωσης από μέρους μου β) ότι οι Γενικοί και Ειδικοί όροι των οποίων έλαβα γνώση από σήμερα θα αποτελούν όρους του ασφαλιστηρίου γ) ότι Εφαρμοστέο Δίκαιο που θα διέπει την Ασφαλιστική σύμβαση θα είναι το Ελληνικό και αρμόδια δικαστήρια προς επίλυση πάσης φύσεως διαφοράς ηγάζουσας εκ της συμβάσεως ασφαλίσεως τα δικαστήρια των Αθηνών

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΗΡΗΣΗΣ ΑΡΧΕΙΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ: Δηλώνω με την παρούσα, σύμφωνα με τον νόμο, ότι δίδω την συγκατάθεση μου στην εταιρεία και τον διαμεσολαβούντα στην ασφάλιση να επεξεργάζονται όλα τα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα συμπεριλαμβανομένων και των ευαίσθητων τα οποία εδόθησαν για την παρούσα ασφάλιση και να τα διατηρούν σε αρχείο όσο χρειάζεται. Επίσης δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για τα δικαιώματά μου της ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης.
 1. Η πλήρης επωνυμία της Συμβαλλόμενης Ασφαλιστικής Επιχείρησης έχει ως εξής: ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
 2. Η έδρα της Ασφαλιστικής Εταιρείας βρίσκεται επί της Λεωφόρου Μεσογείων 71 και Ήλιδος 36, Ταχ.Κωδ. 115 26 Αθήνα, Ελλάδα

ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ:	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡ.ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ
ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ:			

Πόλη..... Ημερομηνία.....

.....
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

.....
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ