

Πρόταση Ασφάλισης Ευθύνης Εργοδότη

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΠΛΗΡΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ

Α. Στοιχεία Προτείνοντα Εργοδότη

1. Όνομα
2. Ταχυδρομική Διεύθυνση
- Τηλ: Φαξ:
- E-mail:
3. Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων:
4. Είδος Εργασίας Κωδικός
5. Πλήρης περιγραφή των διεξαγόμενων εργασιών
-
6. Τόπος συνήθους διεξαγωγής εργασιών:
7. Ημερομηνία έναρξης εργασιών του Εργοδότη:

Β. Περίοδος Ασφάλισης

Από Μέχρι

Γ. Όρια Ευθύνης

Καθορίστε πιο κάτω τα Όρια Ευθύνης για το οποία επιθυμείτε να καλυφθείτε:

1. Όριο Ευθύνης για κάθε Εργοδοτούμενο €.....
(Ελάχιστο ποσό €160,000)
2. Όριο Ευθύνης για κάθε Περιστατικό ή σειρά Περιστατικών €.....
(Ελάχιστο ποσό €3,415,000)
3. Συνολικό Όριο Ευθύνης για οποιαδήποτε Περίοδο Ασφάλισης €.....
(Ελάχιστο ποσό €5,125,000)

Δ. Στοιχεία που αφορούν τους Εργοδοτούμενους

Να δοθούν λεπτομέρειες σε σχέση με ΟΛΟΥΣ τους εργοδοτούμενους μαζί με τις υπολογιζόμενες ακαθάριστες απολαβές τους για τους επόμενους 12 ΜΗΝΕΣ

Ο όρος "Ακαθάριστες Απολαβές" σημαίνει το σύνολο των ημερομισθίων, μισθών, πληρωμών για υπερωριακή εργασία, προμηθειών, ωφελημάτων, χρεώσεων για παροχή υπηρεσιών, φιλοδωρημάτων και άλλων πληρωμών, χωρίς οποιαδήποτε αποκοπή σε σχέση με Κοινωνικές Ασφαλίσεις, Φόρο Εισοδήματος, Ταμείο Προνοίας ή Υγείας, ή άλλα ποσά που αποκόπονται κατόπιν συμφωνίας με τους εργοδοτούμενους ή άλλως πως.

Περιγραφή εργασίας εργοδοτούμενων κατά κατηγορία καθηκόντων	Υπολογιζόμενος αριθμός εργοδοτούμενων	Υπολογιζόμενες ετήσιες Ακαθάριστες Απολαβές €	ΠΑ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΟ	
			Ποσοστό Ασφαλιστρού %	Ασφάλιστρο €
Γραφειακό και Διευθυντικό προσωπικό που δεν ασχολείται με χειρονακτικές εργασίες				
Υπόλοιπο προσωπικό				
ΣΥΝΟΛΟ				

Γ. Ιστορικό Ασφαλίσεων και Απαιτήσεων

1. Ασφαλίσεις

1. Διατηρείτε τώρα σε ισχύ ασφαλιστική κάλυψη Εργοδότη ή έχετε ποτέ στο παρελθόν υποβάλει πρόταση για τέτοια κάλυψη

ΝΑΙ ΟΧΙ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

2. Σε σχέση με την ασφάλιση των εργοδοτούμενων σας, έχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία οποτεδήποτε:

(α) απορρίψει πρόταση σας;

(β) αρνηθεί να ανανεώσει Ασφαλιστήριο σας;

(γ) ακυρώσει Ασφαλιστήριο σας;

(δ) απαιτήσει αυξημένο ασφάλιστρο ή επιβάλει ειδικούς όρους;

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Διατηρείτε σε ισχύ οποιαδήποτε άλλα ασφαλιστήρια με την Εταιρεία μας;

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Αν η απάντησή σας σε οποιαδήποτε από τις πιο πάνω ερωτήσεις είναι ΝΑΙ, σημειώστε τον αριθμό της ερώτησης και δώστε λεπτομέρειες πιο κάτω:

.....

.....

II. Απαιτήσεις						
Δηλώστε τον αριθμό των Ατυχημάτων και των Επαγγελματικών Ασθενειών που έχουν υποστεί Εργοδοτούμενοι σας κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών:						
Έτος	Ποσό που καταβλήθηκε υπό μορφή Ακαθάριστων Απολαβών €	Αριθμός Ατυχημάτων και Επαγγελματικών Ασθενειών	ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ			
			ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΔΙΕΥΘΕΤΗΘΕΙ		ΠΟΥ ΕΚΚΡΕΜΟΥΝ	
			Αριθμός απαιτήσεων	Ποσό που καταβλήθηκε €	Αριθμός απαιτήσεων	Υπολογιζόμενο κόστος €
20.....						
20.....						
20.....						

ΣΤ. Λεπτομέρειες σε σχέση με την Εργασία του Προτείνοντα

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Δώστε πλήρεις λεπτομέρειες των μηχανημάτων που λειτουργούν με μηχανική ενέργεια: | NAI | OXI |
| (α) Ξυλουργικά μηχανήματα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (β) Άλλα μηχανήματα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Είναι οι χώροι προσπέλασης, οι έξοδοι, οι χώροι εργασίας, τα μηχανήματα και οι εγκαταστάσεις σας κατάλληλα περιφραγμένα και προστατευμένα και γενικά σε καλή κατάσταση και λειτουργία; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Είναι οι κτιριακές εγκαταστάσεις σας ικανοποιητικά συντηρημένες; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. (α) Έχετε οποιουδήποτε λέβητες, ατμολέβητες, δοχεία που βρίσκονται υπό πίεση, ανελκυστήρες, ανυψωτήρες και γερανούς; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (β) Εάν ναί, επιθεωρούνται τακτικά και από ποιόν; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Χειρίζεστε ή χρησιμοποιείτε ραδιοϊσότοπα, ραδιενεργές ουσίες ή άλλες πηγές ιονίζουσας ακτινοβολίας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Χρησιμοποιείτε, ή έχετε αποθηκευμένα στους χώρους εργασίας σας, οποιαδήποτε οξέα, αέρια, χημικές ή εκρηκτικές ύλες, ή άλλες επικίνδυνες ουσίες; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. (α) Κατασκευάζετε, χειρίζεστε ή χρησιμοποιείτε αμίαντο ή διοξείδιο του πυριτίου ή οποιαδήποτε ουσία που περιέχει αμίαντο ή διοξείδιο του πυριτίου; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (β) Διαθέτετε κυτήριο μετάλλων; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Έχετε κατά την διάρκεια των τελευταίων τριών ετών κατηγορηθεί ή καταδικαστεί, ή σας έχει γίνει οποιαδήποτε παρατήρηση ή υπόδειξη σε σχέση με οποιαδήποτε παράβαση οποιοδήποτε νόμου ή κανονισμού όσον αφορά την ασφάλεια των εργοδοτούμενων σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Έχετε συμμορφωθεί με όλες τις υποχρεώσεις σας που απορρέουν από τους Νόμους και Κανονισμούς που διέπουν τη λειτουργία ή τη συντήρηση των υποστατικών σας και των μηχανημάτων σας και γενικά της ασφάλεια και υγεία των εργοδοτούμενων σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Διεξάγετε οποιοδήποτε εργασίες στο εξωτερικό; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Αν η απάντησή σας σε οποιαδήποτε από τις πιο πάνω ερωτήσεις είναι ΝΑΙ, σημειώστε τον αριθμό της ερώτησης και δώστε λεπτομέρειες πιο κάτω:

.....

ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ/Εμείς που υπογράφω/υπογράφουμε πιο κάτω επιθυμώ/επιθυμούμε να συνάψω/συνάψουμε ασφάλιση με βάση τους συνήθεις όρους του ασφαλιστηρίου που εκδίδεται από την Εταιρεία. Συμφωνώ/Συμφωνούμε να εφοδιάζω/εφοδιάζουμε την Εταιρεία, το αργότερο μέσα σε ένα μήνα από τη λήξη κάθε Περιόδου Ασφάλισης ή από τον τερματισμό την ασφαλιστικής σύμβασης, με κατάσταση στον τύπο που καθορίζει η Εταιρεία όλων των Ακαθάριστων Απολαβών που έχουν πράγματι πληρωθεί και να καταλάβω/καταλάβουμε ασφάλιστρα για οποιοδήποτε ποσό υπερβαίνει το ποσό που υπολογίζεται πιο πάνω. Δηλώνω/Δηλώνουμε επίσης ότι απ' ό,τι καλύτερα γνωρίζω/γνωρίζουμε και πιστεύω/πιστεύουμε τα πιο πάνω στοιχεία και λεπτομέρειες τα οποία έχω/έχουμε διαβάσει και ελέγξει είναι ορθά και αληθή και ότι δεν έχω/έχουμε αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε ουσιώδες γεγονός, ότι έχω/έχουμε υπολογίσει με ακρίβεια, στον καλύτερο δυνατό βαθμό, ολικό ποσό που καταβλήθηκε υπό μορφή Ακαθάριστων Απολαβών και ότι συμφωνώ/συμφωνούμε ότι η Δήλωση αυτή θα αποτελεί τη βάση της ασφαλιστικής σύμβασης μεταξύ μου/μας και της Εταιρείας.

.....
Υπογραφή Προτείνοντα

.....
Ημερομηνία

ΟΥΣΙΩΔΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ

Σύμφωνα με τις διατάξεις της Νομοθεσίας η ασφάλιση τίθεται σε ισχύ με την παράδοση του Πιστοποιητικού Ασφάλισης (ή Προσωρινού Ασφαλιστηρίου) που θα πρέπει να εκθέτετε στο συνηθισμένο τόπο εργασίας σας.

Σε περίπτωση που διεξάγετε εργασίες και εκτός του συνηθισμένου τόπου εργασίας σας θα πρέπει να εκθέτετε αντίγραφο του Πιστοποιητικού Ασφάλισης και στους χώρους αυτούς.

ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Προτίθεμαι να εξοφλήσω το ασφάλιστρο που θα μου κοινοποιηθεί σύμφωνα με τις ημερομηνίες που αναφέρονται στην σχετική ρήτρα πληρωμής ασφάλιστρου ως εξής:

- Με απ' ευθείας χρέωση του Τραπεζικού μου Λογαριασμού Αρ.
με την Τράπεζα
- Πιστωτική Κάρτα Αρ. Ημερ. Λήξης:/...../.....
- Μετρητά-Επιταγή
- Με Αυτόματη Τραπεζική Εντολή (Direct Debit) από το Αριθμό Λογαριασμού μου
με την Τράπεζα
- Μέσω της ιστοσελίδας μας www.progressiveic.com

Ο Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων καθορίζει τις αρχές που ακολουθούνται από την Progressive Insurance Company Ltd. ("Progressive") κατά την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σας, καθώς αφορά/και εφαρμόζεται σε όλες τις υπηρεσίες που προσφέρονται από την/παρέχει η Progressive, συμπεριλαμβανομένων των συμβάσεων ασφάλισης σας.

Ο σκοπός για τον οποίο η Progressive συλλέγει, επεξεργάζεται και διατηρεί τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σας για όλη τη διάρκεια της σχέσης σας μαζί μας ως πελάτη ή ως υποψήφιο πελάτη σχετίζεται με τα ασφαλιστήρια συμβόλαια σας που συνάπτονται με την Progressive και αυτά που ενδεχομένως συναφθούν μαζί σας ως υποψήφιο πελάτη.

Τα αρχεία μας ενδέχεται να περιλαμβάνουν ευαίσθητα και μη ευαίσθητα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σας.

Το περιεχόμενο των αρχείων μας λαμβάνεται είτε απευθείας από εσάς, είτε μέσω σχετικών εγγράφων, μέσω αντιπροσώπων και συνεντεύξεων που έγιναν ή υποβλήθηκαν κατά την διαδικασία της αίτησης και πρότασης για ασφάλιση σας στη βάση της εκφρασθείσας προς εμάς συγκατάθεσης σας. Τα αρχεία θα ενημερώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα με την ίδια μέθοδο με την οποία είχαν ληφθεί.

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σας αποθηκεύονται σε διακομιστές (servers) που βρίσκονται στην Κύπρο και ελέγχονται από το προσωπικό μας. Έχουμε εγκατεστημένα μέτρα ασφαλείας που διασφαλίζουν την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που περιέχονται στη βάση δεδομένων μας και αυτά τα μέτρα ασφαλείας υπόκεινται σε συνεχή αναθεώρηση και αναβάθμιση.

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Έχω διαβάσει τις πιο πάνω πληροφορίες και επιβεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες αυτές είναι ξεκάθαρα κατανοητές σε εμένα και επιβεβαιώνω ότι:

Συγκατατίθεμαι οικειοθελώς στη συλλογή, επεξεργασία και διατήρηση δεδομένων προσωπικού μου χαρακτήρα από την Progressive υπό την ιδιότητα μου ως υποψήφιου πελάτη ή ασφαλισμένου ή για την επεξεργασία και διεκπεραίωση απαιτήσεων σε σχέση με ασφαλιστήρια συμβόλαια μου.

Συγκατατίθεμαι στην διαβίβαση χωρίς περιορισμό των δεδομένων προσωπικού μου χαρακτήρα από την Progressive για σκοπούς ανασφάλισης της σύμβασης ασφάλισης μου και/ή για την επεξεργασία και/ή διεκπεραίωση σχετικών απαιτήσεων, εάν υπάρχουν, και

Επιβεβαιώνω ότι έχω πληροφορηθεί και κατανοώ τα δικαιώματά μου που αφορούν στην πρόσβαση και διόρθωση των δεδομένων προσωπικού μου χαρακτήρα, στην υποβολή γραπτού αιτήματος για παύση της επεξεργασίας ή διαγραφής των δεδομένων προσωπικού μου χαρακτήρα ή εναντίωσης μου στην επεξεργασία δεδομένων προσωπικού μου χαρακτήρα και ανάκλησης της συγκατάθεσής μου σε οιοδήποτε χρόνο με την υποβολή γραπτής ανάκλησης στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων ή με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (email) προς customercare@progressiveic.com.

Επιθυμώ όπως με ενημερώνετε σχετικά με τις υπηρεσίες που προσφέρονται από την Progressive είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) είτε με την αποστολή μηνύματος (text message) στο κινητό μου τηλέφωνο.

.....
Υπογραφή

.....
Ημερομηνία

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΠΡΑΚΤΟΡΑ/ΜΕΣΑΖΟΝΤΑ/ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Εγώ ο/η (Ασφαλιστικός Πράκτορας/Σύμβουλος/Μεσάζοντας/Υπάλληλος) από δηλώνω ότι δεν παρέλειψα να παράσχω στον/η ενδιαφερόμενο/η οποιαδήποτε ουσιαστική πληροφορία αναφορικά με την ασφαλιστική σύμβαση και ότι:

α. Είμαι κάτοχος ή εξουσιοδοτημένος υπάλληλος Ασφαλιστικού Πράκτορα/Μεσάζοντα με Πιστοποιητικό Εγγραφής Αρ. που εκδόθηκε από την Υπηρεσία Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών.

β. Είμαι εξουσιοδοτημένος υπάλληλος της Ασφαλιστικής Εταιρείας.

.....
Υπογραφή

.....
Ημερομηνία