



ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ
...και ασφαλίζεις τον κόσμο σου!



ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΩΝ
shopCARE
PROPOSAL FORM

Για χρήση μόνο από την Εταιρεία | For internal use only

Αριθμός Προσφοράς | *Quotation Number:*

Κωδ. Ασφαλ. Διαμεσολαβητή <i>Agent's Code</i>	Αρ. Απόδειξης <i>Receipt No.</i>	Αρ. Συμβολαίου <i>Policy No.</i>	Κωδικός Χρεώστη <i>Debtor Code</i>

Σημειώσεις | *Notes*

ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ | COSMOS INSURANCE COMPANY PUBLIC LTD

Κεντρικά Γραφεία: Λεωφόρος Γρίβα Διγενή 46, 1080 Λευκωσία | *Head Office: 46, Griva Digeni Avenue, 1080 Nicosia*

Τηλ.: / *Tel.:* +357 77776006 | Φαξ / *Fax:* +357 22022000 | E-mail: info@cosmosinsurance.com.cy | www.cosmosinsurance.com.cy



1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ | DETAILS OF PROPOSER

Όνοματεπώνυμο Προτείνοντα | *Proposer's Name:* _____

Αριθμός Ταυτότητας ή Διαβατηρίου / Εγγραφής Εταιρείας | *Identification or Passport Number / Company Registration Number:* _____

Αριθμός Μητρώου Εργοδότη | *Employer's Social Insurance Number:* _____

Επάγγελμα - Είδος Εργασίας | *Occupation - Nature of Business:* _____

Διεύθυνση Αλληλογραφίας | *Postal Address:* _____

Οδός και Αριθμός | *Street and Number:* _____

Ταχ. Κώδ. | *Post Code:* _____ Πόλη / Χωριό | *Town / Village:* _____ Επαρχία | *District:* _____

Τηλ. Επικοινωνίας | *Contact No.:* _____ Κινητό Τηλ. | *Mobile No.:* _____ Τηλεομοιότυπο | *Fax:* _____

Ηλεκτρονική Διεύθυνση | *E-mail Address:* _____

2. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ | PERIOD OF INSURANCE

Από | *From:* _____ / _____ / _____

Μέχρι | *Until:* _____ / _____ / _____

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ | SHOP PARTICULARS

3.1 Παρακαλούμε περιγράψτε πλήρως τις δραστηριότητες του καταστήματος | *Please describe in full the nature of business carried within the shop:*

3.2 Αριθμός Υπαλλήλων | *Number of Employees:* _____

3.3 Πόσο καιρό εξασκείτε τη δραστηριότητα αυτή; | *Date of Commencement of Operation:* _____

3.4 Διεύθυνση Κινδύνου | *Risk Address:*

Οδός και Αριθμός | *Street and Number:* _____

Ταχ. Κώδ. | *Post Code:* _____ Πόλη / Χωριό | *Town / Village:* _____ Επαρχία | *District:* _____

3.5 Όνομα Ιδιοκτήτη Υποστατικού (αν δεν ανήκει σε εσάς) | *Building's Owner (if you are the tenant):* _____

3.6 Περιγραφή Υποστατικού | *Description of Premises:*

Έτος Κατασκευής Οικοδομής | *Year of Construction:* _____

Έτος Τελευταίας Ανακαίνισης | *Year of Latest Renovation:* _____

Υλικά Κατασκευής Κτιρίου | *Building's Construction Materials:*

• Εξωτερικοί Τοίχοι | *Exterior Walls:* _____

• Εσωτερικοί Τοίχοι | *Interior Walls:* _____

• Οροφή | *Roof:* _____

• Σκελετός | *Structure - Frame:* _____

• Υλικά Υδραυλικών Σωλήνων | *Plumbing Material:* _____

Σημειώστε ✓ στο κατάλληλο τετραγωνάκι | *Please tick ✓ where appropriate*

ΝΑΙ | **YES** ΟΧΙ | **NO**

Έχουν τα κτίρια σχεδιαστεί και ανεγερθεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς περί Αντισεισμικών Κατασκευών;
Have the buildings been designed and construed according to the Regulations regarding seismic construction standards?

3.7 Μέτρα προς αποφυγή ή ελαχιστοποίηση ζημιών (παρακαλούμε επιλέξτε με ✓ όποιο/α ισχύουν) | *Measures to prevent or minimise a potential loss (please tick ✓ whichever apply)*

- Πυροσβεστήρες Χειρός | *Fire Extinguishers:*
- Φωλιές Πυρόσβεσης | *Fire Hoses:*
- Σύστημα Συναγερμού Πυρός | *Smoke - Fire Alarm System:*
- Σύστημα Συναγερμού διάρρηξης | *Intruder Alarm System:*
- Κλειστό Κύκλωμα Παρακολούθησης | *CCTV System:*
- Σχάρες σε Εισόδους και Παράθυρα | *Grills on Doors and Windows:*
- Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε) | *Other (please give details):* _____

4. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ | GENERAL INFORMATION

Σημειώστε ✓ στο κατάλληλο τετραγωνάκι | *Please tick ✓ where appropriate*

ΝΑΙ | YES ΟΧΙ | NO

- 4.1** Επιθυμείτε όπως γίνει εκχώρηση των δικαιωμάτων του συμβολαίου σας σε Ενυπόθηκο Δανειστή ή άλλο Εντολοδόχο; | *Do you wish to assign your policy to a Mortgagee or other Assignee?*

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε αναφέρετε το όνομα του Ενυπόθηκου Δανειστή και/ή του Εντολοδόχου | *If YES, please give us the name of the Mortgagee and/or Assignee:*

- 4.2** Έχετε ποτέ υποστεί ζημιά, καταστροφή ή απώλεια στο κατάστημά σας; | *Have you ever sustained a loss or damage in regards to your shop?*

Έχει οποιοδήποτε πρόσωπο υποστεί σωματική βλάβη ή ζημιά στην περιουσία του ενόσω βρισκόταν στο κατάστημά σας ή σε σχέση με οποιοδήποτε προϊόν σας; | *Has any person ever suffered a bodily injury or damage to property whilst in your shop or in regards to any of your products?*

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες | *If YES, please provide more details:*

- 4.3** Σε σχέση με οποιοδήποτε ασφαλιστήριο περιουσίας σας, έχει οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία; | *In regards to any previous property insurance purchased, has any insurance company:*

• αρνηθεί να ασφαλίσει ή να ανανεώσει την ασφάλιση του κινδύνου; | *denied insuring or renewing the risk?*

• επιβάλει ειδικούς όρους ή αυξημένο ασφάλιστρο; και/ή | *imposed special terms or required an increase in premium and/or*

• ακυρώσει το ασφαλιστήριο; | *cancelled the policy?*

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες | *If YES, please provide more details:*

- 4.4** Έχετε οποιαδήποτε άλλα ασφαλιστήρια με την εταιρεία μας; | *Do you maintain any other insurance policies with our company?*

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες (π.χ. αριθμό ασφαλιστηρίου ή κωδικό χρεώστη) | *If YES, please provide us with more details (i.e. policy number or debtor code):*

5. ΚΑΛΥΨΕΙΣ | DETAILS OF COVER

ΜΕΡΟΣ 1 - ΦΩΤΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ | SECTION 1 - FIRE & ALLIED PERILS:

Περιγραφή <i>Description</i>	Ασφαλισμένο ποσό <i>Sum insured €</i>
1.1. Κτίριο <i>Buildings</i>	
1.2. Περιεχόμενο <i>Contents</i>	
1.2.1 Εμπόρευμα <i>Stock</i>	
1.2.2 Μηχανήματα και Εξοπλισμός <i>Machinery & Equipment</i>	
1.2.3 Έπιπλα και Σκεύη <i>Furniture</i>	
1.2.4 Διακόσμηση και Βελτιώσεις <i>Decorations & Building Improvements</i>	
Σύνολο περιεχομένου <i>Total contents</i>	

ΜΕΡΟΣ 2 - ΔΙΑΡΡΗΞΗ | SECTION 2 - BURGLARY:

Περιγραφή <i>Description</i>	Ασφαλισμένο ποσό <i>Sum insured</i>
2. Περιεχόμενο <i>Contents</i>	Όπως έχει δηλωθεί στην ερώτηση 1.2. του παρόντος μέρους (5. Καλύψεις) <i>As declared under question 1.2. of this proposal section (5. Details of Cover)</i>
2.1 Μηχανήματα και Εξοπλισμός <i>Machinery & Equipment</i>	
2.2 Έπιπλα και Σκεύη <i>Furniture</i>	
2.3 Εμπόρευμα <i>Stock</i>	
2.4 Διακόσμηση και Βελτιώσεις <i>Decorations & Building Improvements</i>	

ΜΕΡΟΣ 3 - ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΕΡΔΩΝ | SECTION 3 - LOSS OF PROFITS:

Περιγραφή <i>Description</i>	Όριο ευθύνης εταιρείας <i>Sum insured</i>
3. Κέρδος <i>Profit</i>	Όπως έχει δηλωθεί στην ερώτηση 1.2. του παρόντος μέρους (5. Καλύψεις) <i>As declared under question 1.2. of this proposal section (5. Details of Cover)</i>
3.1 Μηχανήματα και Εξοπλισμός <i>Machinery & Equipment</i>	
3.2 Έπιπλα και Σκεύη <i>Furniture</i>	
3.3 Εμπόρευμα <i>Stock</i>	
3.4 Διακόσμηση και Βελτιώσεις <i>Decorations & Building Improvements</i>	

ΜΕΡΟΣ 4 - ΓΥΑΛΙΑ | SECTION 4 - GLASS:

Περιγραφή <i>Description</i>	Όριο ευθύνης εταιρείας <i>Limit of liability</i>
4.1 Εξωτερικά Γυαλιά <i>External Glass</i>	€4.500
4.2 Διαφημιστικές Επιγραφές <i>Advertising Signs</i>	€1.000

ΜΕΡΟΣ 5 - ΧΡΗΜΑΤΑ | SECTION 5 - MONEY:

Περιγραφή <i>Description</i>	Όριο ευθύνης εταιρείας <i>Limit of liability</i>
5.1. Χρήματα σε μεταφορά <i>Money in transit</i>	€3.500
5.2. Χρήματα στο κατάστημα σε ώρες εργασίας, σε χρηματοκιβώτιο <i>Money in safe, during business hours, within the shop</i>	€3.500
5.3. Χρήματα στο κατάστημα σε ώρες εργασίας, εκτός χρηματοκιβωτίου <i>Money out of safe, during business hours, within the shop</i>	€1.000
5.4. Χρήματα στο κατάστημα εκτός των ωρών εργασίας, σε χρηματοκιβώτιο <i>Money in safe, out of business hours, within the shop</i>	€3.500

ΜΕΡΟΣ 6 - ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΑ ΣΕ ΜΕΤΑΦΟΡΑ | SECTION 6 - GOODS IN TRANSIT:

Περιγραφή <i>Description</i>	Όριο ευθύνης εταιρείας <i>Limit of liability</i>
6.1 Εμπορεύματα σε μεταφορά (ανά όχημα) <i>Goods in transit (per vehicle)</i>	€3.500

ΜΕΡΟΣ 7 - ΕΥΘΥΝΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ | SECTION 7 - EMPLOYER'S LIABILITY:

Περιγραφή <i>Description</i>	Όριο ευθύνης εταιρείας <i>Limit of liability</i>
7.1. Για κάθε ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια, ανά υπάλληλο <i>For every accident or occupational disease, per any one employee</i>	€160.000
7.2. Για κάθε περιστατικό <i>For any one event</i>	€3.450.000
7.3. Συνολικό όριο ευθύνης για την περίοδο <i>Aggregate for the policy period</i>	€5.250.000

ΜΕΡΟΣ 8 - ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ | SECTION 8 - PUBLIC LIABILITY:

Περιγραφή <i>Description</i>	Όριο ευθύνης εταιρείας <i>Limit of liability</i>
8.1 Για κάθε περιστατικό <i>For any one event</i>	€175.000
8.2 Συνολικό όριο ευθύνης για την περίοδο <i>Aggregate for the policy period</i>	€175.000

ΜΕΡΟΣ 9 - ΕΥΘΥΝΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ | SECTION 9 - PRODUCT LIABILITY:

Περιγραφή <i>Description</i>	Όριο ευθύνης εταιρείας <i>Limit of liability</i>
9.1 Για κάθε περιστατικό <i>For any one event</i>	€86.000
9.2 Συνολικό όριο ευθύνης για την περίοδο <i>Aggregate for the policy period</i>	€86.000

ΜΕΡΟΣ 10 - ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ | SECTION 10 - PROFESSIONAL INDEMNITY:

Ισχύει μόνο για φαρμακεία και κλινικά εργαστήρια | *May only apply to pharmacies and clinical laboratories*

Περιγραφή <i>Description</i>	Όριο ευθύνης εταιρείας <i>Limit of liability</i>
10.1 Για κάθε περιστατικό <i>For any one event</i>	€100.000
10.2 Συνολικό όριο ευθύνης για την περίοδο <i>Aggregate for the policy period</i>	€300.000

Σημειώστε ✓ στο κατάλληλο τετραγωνάκι | *Please tick ✓ where appropriate*

ΝΑΙ | **YES** ΟΧΙ | **NO**

Επιθυμείτε όπως η παρεχόμενη κάλυψη επεκτείνεται και στο Μέρος 10 - Επαγγελματική Ευθύνη έναντι των ορίων που καθορίζονται πιο πάνω; | *Do you wish to extend the cover provided to include Section 10 - Professional Indemnity against the limits specified above?*

6. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ | PREMIUM PAYMENT INSTRUCTIONS

Παρακαλούμε δηλώστε πώς επιθυμείτε να εξοφλείτε το επίσιας διάρκειας ασφαλιστήριό σας, σημειώνοντας ✓ όπου ισχύει | *Please select with ✓ the desired frequency of payment for this annual policy:*

- 1 Δόση - Ετησίως | *1 Annual installment*
- 2 Δόσεις - Εξαμηνιαίως | *2 Semi-annual installments*
- 3 Δόσεις - Τρεις συνεχόμενες μηνιαίες δόσεις | *3 Continuous, monthly installments*
- 4 Δόσεις - Τριμηνιαίως | *4 Quarterly installments*
- 12 Δόσεις - Μηνιαίως (προσφέρεται μόνο μέσω τραπεζικής εντολής - Direct Debit) | *12 Monthly installments (available only through Direct Debit)*

Σε ασφαλιστήρια μειωμένης χρονικής διάρκειας, δεν μπορούν να προσφερθούν διευκολύνσεις πληρωμής. | *All short-terms policies must be prepaid in a single installment.*

Σε περίπτωση που το ασφαλιστήριο δεν θα εξοφληθεί σε μία δόση, κάθε δόση θα επιβαρύνεται με πρόσθετη χρέωση ενός ευρώ (€1.00). Η χρέωση αυτή δεν θα ισχύσει αν η πληρωμή γίνεται μέσω Τραπεζικής Εντολής. | *In case that the (annual) policy shall not be paid in a single installment, an additional charge of one euro (€1.00) shall apply on each and every installment. This additional charge shall not apply where the payment method selected is through Direct Debit.*

Παρακαλούμε σημειώστε ✓ στο πεδίο που ακολουθεί, αν επιθυμείτε όπως η εξόφληση των δόσεων του συμβολαίου σας γίνει μέσω Τραπεζικής Εντολής Άμεσης Χρέωσης (Direct Debit) και συμπληρώστε και υπογράψτε τη σχετική Εντολή. | *Please tick ✓ if you wish to pay the policy premium using a Direct Debit and if so, please complete and sign the Direct Debit mandate form.*

7. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ | DECLARATION

Εγώ, που υπογράφω πιο κάτω, δηλώνω ότι διάβασα με προσοχή όλες τις ερωτήσεις που περιέχονται σε αυτή την Πρόταση Ασφάλισης, τις κατανόησα πλήρως και όλες οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις και αληθείς και δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε ουσιώδες γεγονός και ότι η Πρόταση αυτή είναι απόλυτα δεσμευτική και θα αποτελεί τη βάση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μεταξύ μου και της ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ (η «ΚΟΣΜΟΣ») που θα εκδοθεί. | *I, the undersigned, hereby declare that I have carefully read and fully understood all the questions included in the present Proposal Form and all my answers are true and complete and I did not conceal, counterfeit or misrepresent any material facts and that the present proposal is fully binding upon me and shall form the basis of the Insurance Contract between myself and COSMOS INSURANCE COMPANY PUBLIC LTD (hereinafter called "COSMOS") that shall be issued.*

Η υπογραφή της πρότασης αυτής δεν προσφέρει οποιαδήποτε κάλυψη και δεν δεσμεύει την ΚΟΣΜΟΣ σε σύναψη ασφάλισης και αυτή διατηρεί το δικαίωμα να αποδεχτεί ή να διαφοροποιήσει ή να απορρίψει τους όρους της προσφερόμενης κάλυψης. Η ασφάλιση θα τεθεί σε ισχύ αφού ο κίνδυνος γίνει αποδεκτός, από την ΚΟΣΜΟΣ και εκδοθεί και παραδοθεί σε εμένα το ασφαλιστήριο συμβόλαιο. | *The signing of the present proposal does not offer any cover and does not bind COSMOS to enter into Insurance Contract and the latter reserves its right to accept or amend or decline the terms of the proposed cover. The insurance shall come into force once the risk is accepted by COSMOS and the insurance policy is issued and delivered to me.*

Ημερομηνία | **Date**

Υπογραφή Προτείνοντα | **Proposer's Signature**

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR) (ΕΕ) 2016/679 και οποιωνδήποτε άλλων σχετικών νομοθεσιών, η ΚΟΣΜΟΣ είναι ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας τέτοιων Προσωπικών και/ή Ευαίσθητων Δεδομένων. Κατά συνέπεια, η ΚΟΣΜΟΣ μπορεί να συλλέγει και να επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα με μοναδικό σκοπό την παροχή των υπηρεσιών που ζητούνται από τον Προτείνοντα. Η ΚΟΣΜΟΣ μπορεί να διαβιβάσει τα προσωπικά δεδομένα σε τρίτο μέρος στο βαθμό που αυτό απαιτείται ως συμβατική αναγκαιότητα, λόγω νομικών υποχρεώσεων και/ή προστασία νόμιμου συμφέροντος.

Τα δεδομένα θα καταχωρούνται σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, σε ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του Νόμου, τα οποία θα τηρούνται από την ΚΟΣΜΟΣ ή από άλλη συμβεβλημένη/συνεργαζόμενη εταιρεία ή πρόσωπο.

Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού της ΚΟΣΜΟΣ καθώς και αυτά των συμβεβλημένων/συνεργαζόμενων εταιρειών ή προσώπων. Η επεξεργασία δεδομένων είναι απόρρητη και θα διεξάγεται μόνο από πρόσωπα που τελούν υπό τον άμεσο ή έμμεσο έλεγχο της ΚΟΣΜΟΣ. Σε κάθε περίπτωση, η ΚΟΣΜΟΣ έχει βεβαιωθεί πως αυτά τα πρόσωπα ενεργούν με βάση τις απαραίτητες αρχές προστασίας δεδομένων, όπως αυτές περιγράφονται στις κατευθυντήριες γραμμές που έχει θέσει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων.

Σε σχέση με τα προσωπικά δεδομένα που χειρίζεται η ΚΟΣΜΟΣ, οι προτείνοντες έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν:

- Πρόσβαση στα Προσωπικά τους Δεδομένα,
- τη Διόρθωση των Προσωπικών τους Δεδομένων,
- τη Διαγραφή των Προσωπικών τους Δεδομένων,
- να σταματήσει η ΚΟΣΜΟΣ την επεξεργασία των Προσωπικών τους Δεδομένων,
- τον Περιορισμό της Επεξεργασίας των Προσωπικών τους Δεδομένων, και/ή
- τη Μεταφορά των Προσωπικών τους Δεδομένων σε άλλο μέρος.

Οι προτεινόμενοι που επιθυμούν να εξασκήσουν τα δικαιώματά τους σύμφωνα με τη διάταξη του **GDPR** ή άλλης συναφούς νομοθεσίας όπως περιγράφεται παραπάνω ή χρειάζονται περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων μπορούν να επικοινωνήσουν με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της ΚΟΣΜΟΣ μέσω αλληλογραφίας στη διεύθυνση: Γρίβα Διγενή 46, 1080 Λευκωσία ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο **dpo@cosmosinsurance.com.cy**

In accordance with the provisions of the General Data Protection Regulation (GDPR) (EU) 2016/679 and any other relating legislation, COSMOS is the Controller of such Personal and/or Sensitive Data. Accordingly, COSMOS may gather and process personal data only for the sole purpose of providing the services requested by the Proposer. COSMOS may transfer/process personal data to a third party to the extent that this is required as a contractual necessity, on the grounds of legal obligations, and legitimate interest.

The personal data will be recorded in an electronic or any other form to the personal data filing system(s), within the meaning of the Law, maintained by COSMOS or by any other company or person with which co-operation exists and/or an agreement is in force.

The recipients of the personal data shall be the duly authorized personnel of COSMOS and of any other company or person with which co-operation exists and/or an agreement is in force. The processing of such data is confidential and shall be carried out only by persons acting under the authority of COSMOS. In any case COSMOS assures that the aforementioned person will process the personal data following the basic principles of processing as per the provisions of the General Data Protection Regulation.

The Proposers have the right to:

- *Request a copy of their Personal Data (commonly known as a "data subject access request"),*
- *Request correction of the Personal Data that COSMOS processes,*
- *Request the erasure of Personal Data,*
- *A Proposer may also request that COSMOS stops processing Personal Data,*
- *Request the restriction of processing of Personal Data,*
- *Request the transfer of Personal Data to another party.*

*Proposers who wish to exercise their rights in accordance with the provision of the **GDPR** or other relating legislation as described above or need further information as to the way we process personal data may contact COSMOS Data Protection Officer through post at: 46 Griva Digeni, 1080 Nicosia or through email at **dpo@cosmosinsurance.com.cy**.*

Συγκατάθεση για Εμπορικούς Σκοπούς | Consent Form for Commercial Use

Σημειώστε ✓ στο κατάλληλο τετραγώνκι | Please tick ✓ where appropriate

Επιπλέον, κατανοώ ότι η ΚΟΣΜΟΣ έχει πρόσθετα ασφαλιστικά προϊόντα τα οποία μπορεί να με αφορούν ως εκ τούτου, συμφωνώ όπως η ΚΟΣΜΟΣ επεξεργάζεται τα Προσωπικά Δεδομένα μου για σκοπούς προώθησης άλλων ασφαλιστικών προϊόντων. | *Additionally, I acknowledge that COSMOS offers other insurance products related to my needs and therefore I declare that I consent that COSMOS processes my General Personal Data, for the purposes of promoting other insurance related products and services to me.*

ΝΑΙ | YES **ΟΧΙ | NO**

Ημερομηνία | Date

Υπογραφή Προτείνοντα | Proposer's Signature



Κωδικός αναφοράς ανάθεσης - Συμπληρώνεται από τον δικαιούχο οργανισμό.

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε την (Α) ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ να αποστέλλει οδηγίες στην τράπεζά σας για χρέωση του λογαριασμού σας και (Β) την τράπεζά σας να χρεώνει τον λογαριασμό σας, σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από την ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ.

Ως μέρος των δικαιωμάτων σας, δικαιούστε να απαιτήσετε επιστροφή ποσού από την τράπεζά σας σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της μεταξύ σας συμφωνίας. Επιστροφή ποσού πρέπει να αξιωθεί εντός 8 εβδομάδων από την ημερομηνία χρέωσης του λογαριασμού σας

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε όλα τα πεδία που φέρουν αστερίσκο.

*Πλήρες Όνομα:

Όνομα & Επίθετο Κατόχου Τραπεζικού Λογαριασμού

*Διεύθυνση:

Οδός & Αριθμός

Ταχυδρομικός Κώδικας

Πόλη

Χώρα

*Λογαριασμός:

Αριθμός IBAN Λογαριασμού

SWIFT BIC

Επωνυμία Δικαιούχου: **Κ Ο Σ Μ Ο Σ Α Σ Φ Α Λ Ι Σ Τ Ι Κ Η**

Τράπεζα

Κ Υ 2 1 Ζ Ζ Ζ 0 0 3 1

Κωδικός Αναγνώρισης Δικαιούχου

Γ Ρ Ι Β Α Δ Ι Γ Ε Ν Η 4 6

Οδός & Αριθμός

1 0 8 0

Ταχυδρομικός Κώδικας

Λ Ε Υ Κ Ω Σ Ι Α

Πόλη

Κ Υ Π Ρ Ο Σ

Χώρα

*Τρόπος Πληρωμής: Επαναλαμβανόμενη Πληρωμή Εφάπαξ Πληρωμή

*Τόπος Υπογραφής:

Πόλη

Ημερομηνία

Υπογραφή Κατόχου Τραπεζικού Λογαριασμού: _____

Σημείωση: Τα δικαιώματά σας αναφορικά με την άνω ανάθεση προσδιορίζονται σε δήλωση την οποία μπορείτε να αποκτήσετε από την τράπεζά σας.

Για Εσωτερική Χρήση

Όνομα Ασφαλισμένου:

Όνομα & Επίθετο Συμβαλλόμενου (-ων)

Στοιχεία Συμβολαίου: **Κ Λ Ν -**

Κωδικός Πελάτη

Αριθμός Συμβολαίου

Περιγραφή Σύμβασης:

Α.Δ.Τ. Ασφαλισμένου:

Αριθμός Ταυτότητας Συμβαλλόμενου (-ων)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Mandate reference - to be completed by the creditor

By signing this mandate form, you authorise (A) COSMOS INSURANCE COMPANY PUBLIC LTD to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from COSMOS INSURANCE COMPANY PUBLIC LTD.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Please complete all the fields marked *.

*Your Name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name of the Debtor(s)

*Your Address:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Street Name and Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Postal Code

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Country

*Your Account Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Account Number - IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SWIFT BIC

Creditor's Name:

C	O	S	M	O	S																
----------	----------	----------	----------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Creditor Name

C	Y	2	1	Z	Z	Z	0	0	3	1											
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Creditor Identifier

4	6		G	R	I	V	A		D	I	G	E	N	I							
----------	----------	--	----------	----------	----------	----------	----------	--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--

Street Name and Number

1	0	8	0											
----------	----------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Postal Code

N	I	C	O	S	I	A								
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--

City

C	Y	P	R	U	S																
----------	----------	----------	----------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Country

*Type of Payment:

Recurrent Payment

One-off Payment

*City or town in which you are signing:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Location

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date

Please sign here: _____

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Internal use only

Insured Name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Client's Full Name

Client's Details:

C	L	N	-											
----------	----------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Client Code

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Policy Number

Policy Class / Type:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Insured I.D.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Identity Number of Insured



