



Πρόταση Ασφάλισης / Proposal Form

Ασφάλεια Ποδηλατών / Cyclists Insurance

Για χρήση μόνο από την Εταιρεία:
Company use only:

Αριθμός Προσφοράς / Quotation Number			
Κωδικός Διαμεσολαβητή / Intermediary Code		Αριθμός Ασφαλιστηρίου / Policy Number	
Αριθμός Απόδειξης / Receipt Number		Κωδικός Χρεώστη / Debtor Code	

Σημειώσεις / Notes

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ / PROPOSER'S DETAILS

Όνοματεπώνυμο / Επωνυμία Εταιρείας / Full Name / Company Name			
Αρ. Ταυτότητας / Αρ. Διαβατηρίου / Αρ. Εγγραφής Εταιρείας / Identity Card No. / Passport No. / Company Registration No.			
Επάγγελμα - Είδος Εργασίας/ Occupation - Nature of Business			
Τηλέφωνο / Telephone No.		Κινητό Τηλέφωνο / Mobile No.	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση / E-mail			

Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Postal Address

Οδός και αριθμός / Street and number			
Ταχυδρομικός κώδικας / Post Code		Πόλη / Χωριό / Town / Village	

Στοιχεία Ατόμου Επικοινωνίας (εάν διαφέρει από τον προτείνοντα) / Contact Person Details (if different from proposer's)

Όνοματεπώνυμο / Full Name		Τηλέφωνο / Telephone No.	
Ηλεκτρονική Διεύθυνση / E-mail			

2. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / PERIOD OF INSURANCE

Από / From		Μέχρι / To	
---------------	--	---------------	--

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΔΗΛΑΤΟΥ / DETAILS OF INSURED BICYCLE

Αρ. Εγγραφής ή Πλαισίου / Registration Number			
Μάρκα / Make		Μοντέλο / Model	
Έτος Αγοράς / Year of Purchase		Τιμή Αγοράς / Purchase Price	€
Τρέχουσα Αξία / Current Value	€	Κόστος Βελτιώσεων / Cost of Improvements	€

Διεύθυνση Αλληλογραφίας όπου φυλάσσεται το ποδήλατο / Postal Address where the bicycle is stored

Οδός και αριθμός / Street and number			
Ταχυδρομικός κώδικας / Post Code		Πόλη / Χωριό / Town / Village	
Το ποδήλατο φυλάσσεται σε κλειστό χώρο; / The bicycle is stored in a closed area? Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες / If YES, please provide details			ΝΑΙ / YES OXI / NO

4. ΕΠΙΘΥΜΗΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / INSURANCE PLAN

	cycleCARE A	cycleCARE B	cycleCARE C
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ / PERSONAL ACCIDENTS			
1. Θάνατος / Death	€ 25.000	€ 35.000	€ 50.000
2. Μόνιμη ολική ανικανότητα / Permanent total disability	€ 25.000	€ 35.000	€ 50.000
3. Ιατρικά Έξοδα / Medical Expenses	€ 500	€ 1.000	€ 1.500
Ποσό ιδίας κράτησης / Self-reservation amount	€ 50	€ 75	€ 100
ΚΑΛΥΨΗ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ / PUBLIC LIABILITY COVER			
Σωματικές βλάβες ή υλικές ζημιές σε τρίτους / Bodily injuries or material damage to third parties	€ 10.000	€ 25.000	€ 50.000
ΠΟΔΗΛΑΤΟ / BIKE			
Ποδήλατο / Bike	μέχρι / until € 500	μέχρι / until € 1.500	μέχρι / until € 3.000
Ποσό ιδίας κράτησης / Self-reservation amount	10% της αξίας του ποδηλάτου / 10% of the value of the bicycle	10% της αξίας του ποδηλάτου / 10% of the value of the bicycle	10% της αξίας του ποδηλάτου / 10% of the value of the bicycle
Ασφάλιστρα / Insurance	€ 50	€ 75	€ 95

5. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ / GENERAL QUESTIONS

Είχατε εσείς ή το ποδήλατο σας υποστεί ζημιά από οποιαδήποτε αιτία τα τελευταία 3 χρόνια; / Have you or your bicycle been damaged by any cause in the last 3 years? Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες / If YES, please provide details	ΝΑΙ / YES	ΟΧΙ / NO
Έχετε μειωμένη όραση, ακοή ή οποιαδήποτε άλλη αναπηρία, διαβήτη, επιληψία, καρδιακό νόσημα ή άλλη σωματική ή διανοητική ασθένεια; / Do you have impaired vision, hearing or any other disability, diabetes, epilepsy, heart disease or other physical or mental illness?? Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες / If YES, please provide details	ΝΑΙ / YES	ΟΧΙ / NO
Έχετε οποιαδήποτε άλλα ασφαλιστήρια με την εταιρεία μας; / Do you maintain any other insurance policies with our company? Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες (πχ αριθμό ασφαλιστηρίου ή κωδικό χρεώστη) / If YES, please provide us with more details (ie policy number or debtor code)	ΝΑΙ / YES	ΟΧΙ / NO

6. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ / PREMIUM PAYMENT INSTRUCTIONS

Επιθυμώ όπως το ετήσιας διάρκειας ασφαλιστήριό μου εξοφλείται ως ακολούθως (επιλέξετε με ✓ ή x όποια επιλογή ισχύει) / I wish my annual insurance policy to be paid as follows (please mark ✓ or X whichever option applies)	
1 Δόση – Ετησίως / 1 Installment - Annually	2 Δόσεις – Εξαμηνιαίως / 2 Installments – Semi-Annually
3 Δόσεις – Τρεις συνεχόμενες μηνιαίες δόσεις / 3 Installments – Three consecutive monthly installments	4 Δόσεις – Τριμηνιαίως / 4 Installments - Quarterly
12 Δόσεις – Μηνιαίως (προσφέρεται μόνο μέσω τραπεζικής εντολής – Direct Debit) / 12 Installments – Monthly (available only through Direct Debit)	

Σε ασφαλιστήρια μειωμένης χρονικής διάρκειας, δεν μπορούν να προσφερθούν διευκολύνσεις πληρωμής.

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 /

Where the duration of the policy is less than one year, premium must be fully prepaid.

Furthermore, please note that an additional charge of one Euro (€1,00) shall apply on each installment.

This charge shall not apply to the “1 Installment” option or where a Direct Debit mandate form has been submitted.

Επιθυμώ όπως η εξόφληση των δόσεων του συμβολαίου μου γίνει μέσω Τραπεζικής Εντολής Άμεσης Χρέωσης (Direct Debit)

και σχετικά επισυνάπτω υπογραμμένη την Εντολή Άμεσης Χρέωσης. /

I would like to pay my policy premium using a Direct Debit and I hereby enclose a signed Direct Debit mandate form.

7. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Εγώ που υπογράφω πιο κάτω, δηλώνω ότι διάβασα με προσοχή όλες τις ερωτήσεις που περιέχονται σε αυτήν 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.

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. /

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.

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

8. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ - ΓΕΝΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (GDPR) / DATA PROTECTION - GENERAL DATA PROTECTION REGULATION (GDPR)

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

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την προστασία δεδομένων μπορείτε να βρείτε στη Δήλωση Απορρήτου της εταιρείας μας.

In accordance with the provisions of the General Data Protection Regulation (**GDPR**) (**EE**) **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 the 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

Further information regarding data protection can be found in our Privacy Policy on our company's website.

Συγκατάθεση για εμπορικούς σκοπούς

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. /

Consent Form for Commercial Use

Additionally, I acknowledge that COSMOS offers other insurance products related to my needs and therefore I declare I consent that COSMOS processes my general personal Data, for the purposes of promoting other insurance related products and services to me.

Ημερομηνία /
Date

Υπογραφή Προτείνοντα /
Proposer's Signature

[illegible]

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 /

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.

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε όλα τα πεδία που φέρουν αστερίσκο. / Please complete all the fields marked *.

Όνομα & Επίθετο Κατόχου Τραπεζικού Λογαριασμού / Name of the Debtor(s)

[illegible]

Οδός & Αριθμός / Street Name and Number

[illegible]

Ταχυδρομικός Κώδικας / Postal Code

[illegible]

Πόλη / City

[illegible]

Χώρα / Country

[illegible]

Αριθμός IBAN Λογαριασμού / Account Number - IBAN

[illegible]

SWIFT BIC / SWIFT BIC

[illegible]

Τράπεζα / Creditor Name

C	O	S	M	O	S		I	N	S	U	R	A	N	C	E		L	T	D									
---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Κωδικός Αναγνώρισης Δικαιούχου / Creditor Identifier

[illegible]

Οδός & Αριθμός / Street Name and Number									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Ταχυδρομικός Κώδικας / Postal Code

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

Πόλη / City

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

Χώρα / Country

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

Τρόπος Πληρωμής / Type of Payment

☒ Επαναλαμβανόμενη Πληρωμή / Recurrent payment
 ☐ Εφάπαξ Πληρωμή / One-off payment

Τόπος (Πόλη) Υπογραφής / City or town in which you are signing

[illegible]

Ημερομηνία / Date _____

Υπογραφή / Signature _____

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Τα δικαιώματά σας αναφορικά με την άνω ανάθεση προσδιορίζονται σε δήλωση την οποία μπορείτε να αποκτήσετε από την τράπεζά σας. / **NOTE:** Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ / INTERNAL USE ONLY

Όνομα & Επίθετο Συμβαλλόμενου (-ων) / Client's Full Name

[illegible]

Κωδικός Πελάτη / Client Code

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

Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number

[illegible][illegible][illegible]

Αριθμός Ταυτότητας Συμβαλλόμενου (-ων) / Identity Number of Insured

[illegible]

[illegible]

