



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΔΙΟΥ HOOLIE PET INSURANCE

1. Στοιχεία Συμβαλλόμενου (Ιδιοκτήτης του Κατοικίδιου)				
Επώνυμο	Όνομα		Πατρώνυμο	
Α.Δ.Τ.	ΑΦΜ		Τηλ. Επικ.	
E-mail		Διεύθυνση, ΤΚ, Πόλη		
1.1 Ερωτηματολόγιο Συμβαλλόμενου				
Είστε συνταξιούχος ή άνεργος; ¹			NAI ☐	OXI ☐
Έχετε άλλο, ήδη ασφαλιζόμενο κατοικίδιο;			NAI ☐	OXI ☐
Ακολουθείται πιστά το πρόγραμμα εμβολιασμών για το κατοικίδιό σας;			NAI ☐	OXI ☐
2. Στοιχεία Κατοικίδιου ²				
Συμπληρώνεται από τον Συμβαλλόμενο αναφορικά με το κατοικίδιό του:				
Όνομα Σκύλου	Φύλο	Χρώματα		Ημ/νία Γέννησης
Αρ.Σήμανσης(Microchip)*	Βάρος	Καθαρόαιμο ☐	Ημίαιμο ☐	Φυλή/Διασταύρωση Φυλής ³
*Με την παρούσα Πρόταση Ασφάλισης επισυνάπτεται αντίγραφο πιστοποιητικού Ηλεκτρονικής Σήμανσης.				
2.1 Ερωτηματολόγιο Κατοικίδιου				
Α. Υπήρξε οποιοσδήποτε τραυματισμός, ασθένεια ή επέμβαση στο κατοικίδιο ζώο τους τελευταίους 12 μήνες;			NAI ☐	OXI ☐
Εάν NAI , έχει επανέλθει πλήρως σήμερα;			NAI ☐	OXI ☐
Εάν OXI , παρακαλώ δώστε περισσότερες λεπτομέρειες:				
Β. Το κατοικίδιο είναι υγιές κατά την ημερομηνία αίτησης ασφάλισης;			NAI ☐	OXI ☐
Γ. Έχει υποβληθεί σε στείρωση;			NAI ☐	OXI ☐
Δ. Το κατοικίδιο έχει εμβολιαστεί κατά του παρβοϊού (B19);			NAI ☐	OXI ☐

¹ Στην περίπτωση που ανήκετε σε μια από αυτές τις κατηγορίες, θα χρειαστεί να υποβάλλετε τα απαραίτητα δικαιολογητικά μαζί με την αίτησή σας, ώστε να επωφεληθείτε από τις προνομιακές τιμές

² Το ασφαλιστικό πρόγραμμα ισχύει αποκλειστικά για σκύλους, με εξαίρεση τις παρακάτω ράτσες : African wild dog, Akita, Alapaha Blue Blood Bulldog, American Bandogge/Bandogge Mastiff, American Bulldog, American Indian Dog, American Pit Bull Terrier, American Rottweiler, American Staffordshire Bull Terrier, American Staffordshire Terrier, Anatolian Shepherd Dog (Karabash), Bandog, Boerboel, Bully Kutta, Canary Dog, Cane Corso, Caucasian Ovcharka, Chinese Shar-Pei, Czechoslovakian Wolfdog, Dingo, Dogo Argentino, Dogue Brasileiro, Fila Brasileiro, Fox hound, Gull Dong, Husky Wolf Hybrid, Irish Staffordshire Blue Bull Terrier, Irish Staffordshire Bull Terrier, Japanese Tosa, Korean Jindo, Northern Inuit Dog, Perro De Presa Canario (Dogo Canario), Pit Bull Terrier, Racing Greyhounds, Saarlooswolfhound, Shar Pei, Tosa, Tosa Inu, Utonagan, Wolf Hybrid, Wolfdog

³ Στο πεδίο Φυλή ή Διασταύρωση Φυλής, σημειώνεται η ράτσα του σκύλου

Ε. Το κατοικίδιο έχει κάνει το αντιλυσσικό εμβόλιο;	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
ΣΤ. Έχει το κατοικίδιο οποιαδήποτε κληρονομική ασθένεια;	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Αν ΝΑΙ , παρακαλώ αναφέρετε παρακάτω ποια/ποιες:		

3. Ασφαλιστικές Καλύψεις

Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο	2.000 € ☐	3.000 € ☐
Ιατρική Περίθαλψη Κατοικίδιου	2.000 €	3.000 €
Αστική Ευθύνη Ιδιοκτήτη Κατοικίδιου έναντι τρίτων και Νομική Υπεράσπιση	10.000 €	10.000 €
Κλοπή ή Φυγή Κατοικίδιου	250 €	250 €
Απώλεια ταξιδιωτικού διαβατηρίου κατοικίδιου	200 €	200 €
Κάλυψη «Αποχαιρετισμού»	200 €	200 €

3.1 Κόστος Προγράμματος

Έως 10 kg	170 € ☐	220 € ☐
Από 11 kg έως 20 kg	200 € ☐	240 € ☐
Από 21 kg έως 40 kg	220 € ☐	260 € ☐
41 kg και άνω	235 € ☐	275 € ☐

3.2 Δικαιούχοι μειωμένων τιμών⁴

Σύλλογοι	☐	☐
Συνταξιούχοι	☐	☐
Άνεργοι	☐	☐
Ασφάλιση περισσότερων του ενός κατοικίδιου ⁵	☐	☐

4. Έναρξη Ασφάλισης & Τρόπος Πληρωμής Ασφαλίσεων

Ημερομηνία Έναρξης	/...../20
Μηνιαία πληρωμή ⁶ ☐	Χρεωστική/Πιστωτική/Προπληρωμένη κάρτα ☐
Δμηνιαία πληρωμή ☐	Χρεωστική/Πιστωτική/Προπληρωμένη κάρτα ☐
	Τραπεζική κατάθεση ⁷ ☐
	Μετρητά ☐
Ετήσια πληρωμή ☐	Χρεωστική/Πιστωτική/Προπληρωμένη κάρτα ☐
	Τραπεζική κατάθεση ☐
	Μετρητά ☐

⁴ Η έκπτωση για τους δικαιούχους είναι 10% και εφαρμόζεται στη αρχική τιμή των πακέτων. Οι εκπτώσεις δεν λειτουργούν συνδυαστικά, σε περίπτωση που ανήκετε σε περισσότερες από μια κατηγορίες.

⁵ Η έκπτωση για τους δικαιούχους ανέρχεται στο 10% για δύο ή παραπάνω κατοικίδια, εγγεγραμμένα στο ίδιο ΑΦΜ ιδιοκτήτη.

⁶ Για ασφαλιστήρια με μηνιαίο τρόπο πληρωμής, η χρέωση μπορεί να γίνει αποκλειστικά με τη χρήση Χρεωστικής ή Πιστωτικής ή Προπληρωμένης κάρτας, μέσω πάγια εντολής

⁷ Λογαριασμοί τραπεζικής κατάθεσης :

5. Διευκρινίσεις Ερωτηματολογίων

Αν ΝΑΙ, σε κάποια από τις παραπάνω ερωτήσεις, αναφέρατε τον αριθμό της ερώτησης και σχετικές λεπτομέρειες

6. Δηλώσεις – Εξουσιοδοτήσεις – Συγκαταθέσεις

1. Γνωρίζω ότι στην ασφάλιση αυτή ισχύουν οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι που μου παραδόθηκαν αλλά και των οποίων έλαβα γνώση διαβάζοντας τους στην ιστοσελίδα της εταιρίας σας. Στους Όρους αυτούς περιλαμβάνονται και Εξαίρεσεις τις οποίες και αποδέχομαι. Με την παρούσα υποβάλλω αίτηση ασφάλισης που θα περιλαμβάνει όλους τους ανωτέρω Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης.
2. Παρέλαβα το ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 150 και 151 του Ν. 4364/2016 όπως αυτό ισχύει και τις σχετικές δηλώσεις εναντίωσης και υπαναχώρησης, τα οποία και αποδέχομαι.
3. Ενημέρωση σχετικά με ασφάλιση μέσω E-mail.
Αποδέχομαι την ενημέρωση και αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλιση (π.χ. Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, Ανανέωση, Ειδοποίηση Πληρωμής κ.λπ.) μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης (e-mail).

Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης	Συναινώ ☐	Δεν συναινώ ☐
(check & υπογραφή)		

4. Ενημέρωση για διαφημιστικούς, εμπορικούς σκοπούς

Αποδέχομαι να λαμβάνω ενημερώσεις για διαφημιστικούς, εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς και σκοπούς προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών με αυτοματοποιημένα μέσα π.χ. μέσω e-mail, SMS, μέσων κοινωνικής δικτύωσης ή τηλεφωνικά κατά τη διάρκεια της ασφάλισης και έως 5 έτη μετά τη λήξη της και τη δυνατότητα να τροποποιώ ή/και να ανακαλώ οποτεδήποτε εγγράφως, τη συγκατάθεση μου για την επιλογή του τρόπου επικοινωνίας και λήψης ενημερώσεων για διαφημιστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς (αποστολή e-mail στο dpo@hoolie.gr ή τηλεφωνικά στο 2106843888).

Συμβαλλόμενος/Λήπτης της Ασφάλισης	Συναινώ ☐	Δεν συναινώ ☐
(check & υπογραφή)		

5. Ενημέρωση σχετικά με Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων

Παρέλαβα, ανέγνωσα και ενημερώθηκα από το «Έντυπο Ενημέρωσης για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας



δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στη σύμβαση καθώς και οποιωνδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της Εταιρίας και έχουν σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης και για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας, εναντίωσης στην επεξεργασία αυτών, το δικαίωμα εξασφάλισης ανθρώπινης παρέμβασης σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες) και την άσκηση τους με την αποστολή e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@hoolie.gr και αναγνωρίζω ότι είναι απολύτως αναγκαία για τον σκοπό και τη λειτουργία της σύμβασης ασφάλισης, προκειμένου να αξιολογηθεί ο ασφαλιστικός κίνδυνος, να υπολογισθεί σωστά το ασφάλιστρο και να εκπληρωθεί ο σκοπός και η λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης. Γνωρίζουμε ότι άρνηση ή ανάκληση της σχετικής συναίνεσης επεξεργασίας ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ, δίνει το δικαίωμα στην Εταιρία να καταγγείλει ή να μην δεχτεί τη σύμβαση. Για τους λόγους αυτούς παρέχω τη ρητή συγκατάθεση μου στην Εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μου.

Συμβαλλόμενος	Συνεργάτης		Άμεσος Διανομέας	
(υπογραφή)	Επωνυμία (Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	A.Φ.Μ.	Επωνυμία (Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	A.Φ.Μ.
		A.Ε.Μ.		A.Ε.Μ.

Τόπος..... Ημερομηνία.....



Έχει σχεδιαστεί από "γονείς" κατοικιδίων
για "γονείς" κατοικιδίων