

# ***Directors & Officers Liability***

## ***Ευθύνη Διευθυντών και Στελεχών***

### ***Proposal***

#### **Πρόταση Ασφάλισης**

#### **Company Details – Στοιχεία Ασφαλιζόμενης Επιχείρησης**

---

1. Name of Company:  
Όνομα Ασφαλιζόμενης Επιχείρησης: \_\_\_\_\_  
  
Α.Φ.Μ.: \_\_\_\_\_ Δ.Ο.Υ. : \_\_\_\_\_  
  
Internet Address \_\_\_\_\_
2. Country of Registration:  
Χώρα που βρίσκεται η έδρα της Ασφαλιζόμενης Επιχείρησης: \_\_\_\_\_
3. Principal Business Address: Διεύθυνση Κεντρικών Γραφείων:  
\_\_\_\_\_  
  
Telephone No.: Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_ Fax No.: Fax: \_\_\_\_\_
4. Date of foundation: Έτος ίδρυσης της Ασφαλιζόμενης Επιχείρησης: \_\_\_\_\_
5. Annual turnover: Ετήσιος κύκλος εργασιών:  
Previous year – Προηγούμενο έτος \_\_\_\_\_  
Current year – Τρέχον έτος \_\_\_\_\_  
Next year (estimate) – Επόμενο έτος (πρόβλεψη) \_\_\_\_\_
6. How long has the Company continually carried on business? Χρόνος συνεχόμενης λειτουργίας της Ασφαλιζόμενης Επιχείρησης  
\_\_\_\_\_
7. During the last five years has: Κατά τη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας:
  - (a) The name of the Parent Company changed?  
Έχει αλλάξει το όνομα της Μητρικής Εταιρίας; Yes / Ναι No / Όχι
  - (b) Any acquisition or merger taken place?  
Έχει γίνει εξαγορά άλλης εταιρίας ή έχει πραγματοποιηθεί συγχώνευση με άλλη εταιρία; Yes / Ναι No / Όχι
  - (c) Any subsidiary company been sold or ceased trading?  
Έχει πουληθεί κάποια θυγατρική εταιρία ή έχει παύσει τις εργασίες της; Yes / Ναι No / Όχι

- (d) The capital structure of the Parent Company changed?  
Έχει αλλάξει η μετοχική σύνθεση της Μητρικής Εταιρίας; Yes / Ναι No / Όχι  
If "yes", please give details. Αν ναι, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες

---



---

8. (a) Has the Company any acquisition, tender offer or merger pending or under consideration? Η Ασφαλιζόμενη Επιχείρηση έχει κάποια προσφορά εξαγοράς ή συγχώνευσης που εκκρεμεί ή είναι υπό εξέταση; Yes / Ναι No / Όχι  
(b) Is the Company aware of any proposal relating to its acquisition by another company? Η Ασφαλιζόμενη Επιχείρηση γνωρίζει εάν υπάρχει κάποια προσφορά εξαγοράς της από κάποια άλλη εταιρία; Yes / Ναι No / Όχι  
(c) Is the Company intending a new public offering of securities within the next year? Η Ασφαλιζόμενη Επιχείρηση θα προχωρήσει σε διάθεση μετοχών στο κοινό εντός του επομένου έτους; Yes / Ναι No / Όχι

9. Is the Company: Η Ασφαλιζόμενη Επιχείρηση είναι:  
(a) Private? Ιδιωτική; Yes / Ναι No / Όχι  
(b) Public? Δημόσια; Yes / Ναι No / Όχι  
(c) Listed in the Greek stock exchange? Εισηγμένη στο Χ.Α.Α.; Yes / Ναι No / Όχι  
(d) Listed on foreign stock exchanges? Εισηγμένη σε κάποιο άλλο Χρηματιστήριο; Yes / Ναι No / Όχι  
If Yes, please specify. Αν Ναι, παρακαλούμε περιγράψτε

---



---

- (e) Listed on the Unlisted Securities Market? Εισηγμένη εκτός Χρηματιστηρίου; Yes / Ναι No / Όχι  
(f) Traded in any other way? Ανταλλάσσονται οι μετοχές της με άλλο τρόπο; Yes / Ναι No / Όχι  
If Yes, please specify. Αν Ναι, παρακαλούμε περιγράψτε

---



---

10. Please list: Παρακαλούμε για τις εξής πληροφορίες:  
(a) Total number of shareholders. Συνολικός αριθμός μετόχων \_\_\_\_\_  
(b) Total number of shares issued. Συνολικός αριθμός μετοχών \_\_\_\_\_  
(c) Total number of shares held by Directors and Officers (both direct and beneficial). Συνολικός αριθμός μετοχών που κατέχουν οι Διευθυντές και τα Στελέχη

---



---



---

- (d) All holdings representing 15% or more of the Ordinary Share Capital of the Company giving the holder and the percentage held by each. Παρακαλούμε καταγράψτε τους μετόχους που κατέχουν από το 15% και άνω του μετοχικού κεφαλαίου της Ασφαλιζόμενης Επιχείρησης καθώς και το ποσοστό που κατέχουν
- | Name Όνομα | % |
|------------|---|
|            |   |
|            |   |

11. Please give details of any change to the list of Directors and Officers given in the Company's last Report and Accounts. Παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες σχετικά με οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση των Διευθυντών και των Στελεχών της Ασφαλιζόμενης Επιχείρησης σε σχέση με τον τελευταίο ετήσιο απολογισμό που εκδόθηκε.
- 
- 

12. Give complete list of all subsidiary companies including country of registration and percentage owned by Parent Company. Παρακαλούμε δώστε κατάσταση θυγατρικών εταιριών αναφέροντας τη χώρα της έδρας τους, το αντικείμενό τους καθώς και το ποσοστό τους που ανήκει στην Μητρική Εταιρία.

Company Name Όνομα Εταιρίας	Country Έδρα	Object of Business Αντικείμενο	% of Property % Ιδιοκτησίας

13. Does the Company or any Director or Officer have "Directors & Officers Liability Insurance" currently in force? Η Εταιρία ή οι Διευθυντές / Στελέχη της έχουν κάποιο συμβόλαιο Ευθύνης Διευθυντών και Στελεχών σε ισχύ;

Yes / Ναι

No / Όχι

If "Yes", please state: Αν ναι, παρακαλούμε περιγράψτε

(a) Insurer - Ασφαλιστική Εταιρία

(b) Indemnity Limit - Όρια ευθύνης

(c) Expiry Date – Ημερομηνία λήξης

14. As far as "Directors and Officers Liability Insurance" is concerned, has any insurer ever: Σχετικά με την ασφάλιση της ευθύνης των Διευθυντών και Στελεχών έχει ποτέ στο παρελθόν:

(a) Declined to offer insurance?

Απορριφθεί αίτησή σας για ασφάλιση;

Yes / Ναι

No / Όχι

(b) Cancelled any insurance?

Ακυρωθεί ασφαλιστική σας σύμβαση;

Yes / Ναι

No / Όχι

If YES -either to question (a) or (b)- please provide details: Αν ΝΑΙ, είτε στην ερώτηση

(a) ή (b), δώστε σχετικές λεπτομέρειες:

---



---

## Employment Practices Liability

15. Does the Company have a Human Resources Department? Έχει η Ασφαλιζόμενη Επιχείρηση Τμήμα Ανθρωπίνων Πόρων;

Yes / Ναι

No / Όχι

If Yes, how many employees are in this department?

Αν Ναι, πόσοι υπάλληλοι απασχολούνται σε αυτό το τμήμα; \_\_\_\_\_

If No, how is the function handled?

Αν Όχι, πως εφαρμόζεται η πολιτική Ανθρωπίνων Πόρων της Επιχείρησης; \_\_\_\_\_

16. How many officers and employees have resigned, been terminated (with or without cause) or have taken early retirement within the last 24 months? Πόσοι υπάλληλοι και διευθυντές έχουν αποχωρήσει ή έχουν απολυθεί (με ή χωρίς λόγο) ή έχουν πάρει πρόωρη σύνταξη κατά τη διάρκεια των τελευταίων 24 μηνών;

Employees Υπάλληλοι \_\_\_\_\_ Officers Διευθυντές \_\_\_\_\_

17. (a) Does the Company have a written Human Resources manual or equivalent written management guidelines? Έχει η Ασφαλιζόμενη Επιχείρηση γραπτό εγχειρίδιο ή οδηγό «Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων»;

Yes / Ναι

No / Όχι

(b) Please tick box if the manual / guidelines indicate a policy procedure with respect to the following events. Παρακαλούμε σημειώστε εάν το εγχειρίδιο ή ο οδηγός περιέχει κάποια εταιρική διαδικασία σχετικά με τα πιο κάτω γεγονότα:

1 Written application for employment

Γραπτή αίτηση απασχόλησης

☐

2 Legally prohibited discriminations

Κατά νόμο απαγορευμένες διακρίσεις

☐

3 Compliance with statutes

Συμμόρφωση με κανόνες

☐

4 Redundancies, termination of employment and early retirement

Καταγγελία σύμβασης εργασίας ή πρόωρη συνταξιοδότηση

☐

5 Employee appraisals / reviews

Αξιολόγηση υπαλλήλων

☐

6 Confidential treatment of medical examinations

Εμπιστευτική μεταχείριση ιατρικών εξετάσεων

☐

7 Sexual harassment

Σεξουαλική παρενόχληση

☐

8 Employee disciplinary actions

Πειθαρχικές πράξεις κατά των υπαλλήλων

☐

9 Employee out-placement services

Υπηρεσίες εξωτερικών συμβούλων για απόλυση προσωπικού

☐

- (c) Please tick relevant box(es) if decisions regarding these events are always subject to prior review by the Company's Human Resources Department (HRD), Legal Department (LD) or External Legal Advisor (ELA). Παρακαλούμε σημειώστε εάν οι αποφάσεις που αφορούν στα πιο κάτω γεγονότα λαμβάνονται πάντα με το προηγούμενο έλεγχο των Τμημάτων Ανθρώπινων Πόρων (ΤΑΠ), της Νομικής Υπηρεσίας (ΤΝΥ) ή από Εξωτερικό Νομικό Σύμβουλο (ΕΝΣ).

Individual decisions are always reviewed by:

Μεμονωμένες αποφάσεις υπόκεινται σε ανασκόπηση πάντα από:

	HRD ΤΑΠ	LD ΤΝΥ	ELA ΕΝΣ
1 Written application for employment Γραπτή αίτηση απασχόλησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Legally prohibited discriminations Κατά νόμο απαγορευμένες διακρίσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Compliance with statutes Συμμόρφωση με κανόνες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Redundancies, termination of employment and early retirement. Καταγγελία σύμβασης εργασίας ή πρόωρη συνταξιοδότηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Employee appraisals / reviews Αξιολόγηση υπαλλήλων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Confidential treatment of medical examinations Εμπιστευτική μεταχείριση ιατρικών εξετάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sexual harassment Σεξουαλική παρενόχληση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Employee disciplinary actions Πειθαρχικές πράξεις κατά των υπαλλήλων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Employee out-placement services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (d) Does the Company have an employee handbook or Employment Regulation which is distributed to all employees? If Yes, please attach such handbook to this proposal. Έχει η Ασφαλιζόμενη Επιχείρηση Εγχειρίδιο ή Κανονισμό Εργασίας για τους υπαλλήλους που δίδεται σε αυτούς; Αν Ναι, παρακαλούμε επισυνάψτε αντίγραφο στην παρούσα πρόταση ασφάλισης.

Yes / Ναι

No / Όχι

18. Is the Company currently undergoing, or does the Company contemplate undergoing, during the next 12 months any employee layoffs or early retirement? Βρίσκεται η Ασφαλιζόμενη Επιχείρηση, ή πρόκειται να προχωρήσει, μέσα στους επόμενους 12 μήνες, σε διαδικασίες απόλυσης ή πρόωρης συνταξιοδότησης προσωπικού της;

Yes / Ναι

No / Όχι

If Yes, please attach full details. Αν Ναι, παρακαλούμε επισυνάψτε πλήρεις λεπτομέρειες.

19. Please provide on a separate attachment full details of all wrongful termination, discrimination and sexual harassment claims made against the Company or any of its

Directors, Officers, Employees during the last 5 years including amounts of any judgement or settlement and costs of defence. Παρακαλούμε επισυνάψτε λεπτομέρειες για όλες τις απαιτήσεις που έχουν εγερθεί κατά της Ασφαλιζόμενης Επιχείρησης ή στελεχών της συνεπεία παράνομης καταγγελίας σύμβασης εργασίας, διάκρισης ή σεξουαλικής παρενόχλησης, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 5 ετών μαζί με ποσά αποζημίωσης και έξοδα υπεράσπισης.

If no such claims, please tick.

Εάν δεν υπάρχει καμία απαίτηση, σημειώστε

☐ None Καμία

20. Please provide, on a separate attachment, full details of all inquiries, investigations, grievance filings or other administrative hearings previously filed with or currently before any local or governmental agency governing employer responsibility to employee. Παρακαλούμε επισυνάψτε λεπτομέρειες για όλες τις έρευνες, ανακρίσεις, παράπονα ή άλλες υποθέσεις που έγιναν ή εκκρεμούν στην Επιθεώρηση Εργασίας ή στις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Εργασίας.

If no such claims, please tick. Εάν καμία απαίτηση, σημειώστε

☐ None Καμία

21. Are there now or have there been any employment practices claim(s) against the Company or any of its subsidiaries? If Yes, please give details. Έχουν εγερθεί ποτέ απαιτήσεις σχετικά με εργασιακή πρακτική κατά της Ασφαλιζόμενης Επιχείρησης ή κάποιας από τις θυγατρικές της;

Yes / Ναι                      No / Όχι

If Yes, please attach full details. Αν Ναι, παρακαλούμε επισυνάψτε λεπτομέρειες.

## Claims Information – Πληροφορίες για τις ζημιές

22. Have claims ever been made against any past or present Director or Officer of the Company or its subsidiaries? Έχουν εγερθεί απαιτήσεις εναντίον των Διευθυντών και Στελεχών της Ασφαλιζόμενης Επιχείρησης ή των θυγατρικών της;

Yes / Ναι                      No / Όχι

If "Yes", please give details. Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε περιγράψτε αναλυτικά

23. Is the Company aware, after enquiry, of any circumstance or incident which may give rise to claim? Γνωρίζει η Ασφαλιζόμενη Επιχείρηση οποιαδήποτε περίπτωση ή γεγονός που μπορεί να καταλήξει σε απαίτηση;

Yes / Ναι                      No / Όχι

If "Yes", please give details: Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες:

---

---

---

## Indemnity Limit – Όρια Ευθύνης

24. Amount of Indemnity required. Όρια ευθύνης που επιθυμείτε

EUR 500.000

EUR 1.000.000

EUR 3.000.000

Other, please state. Άλλο, παρακαλούμε περιγράψτε

EUR \_\_\_\_\_

## North American Cover

Questions 1,2,3 and 4 are to be completed only if cover is required for claims made in the United States of America or Canada or claims made elsewhere arising out of the Company's operations in the United States of America or Canada.

Οι ερωτήσεις της παρούσας ενότητας (1-4) συμπληρώνονται μόνο εφόσον ζητείται κάλυψη απαιτήσεων ΗΠΑ/Καναδά.

1. Please give the total gross assets of the Group in North America.

2. (a) Please list those subsidiaries in North America that are not wholly owned together with the Company's percentage interest in each.

Company's name %

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(b) For each company – Who owns the minority sock?

Name %

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. (a) Does the Company or any of its subsidiaries have any stock, shares or debentures in North America?

Yes

No

If "Yes":

On what date was the last offer / tender / issue made? \_\_\_\_\_

(i) Was the offer subject to the United States Securities Act of 1993 and/or the Securities Exchange Act of 1934 and/or any amendments thereto? ☐ Yes ☐ No

(ii) If any stocks or shares are traded in form of ADR's, please advise:

(a) whether they are sponsored or un-sponsored? \_\_\_\_\_

(b) the percentage traded as a total of issued share capital? \_\_\_\_\_

(c) the number of ADR shareholders? \_\_\_\_\_

(b) Does the Company or any of its subsidiaries have any debt instruments or commercial paper in North America? ☐ Yes ☐ No



4. Has a 20-f filling been made to the USA regulatory authorities?      Yes                                      No

If not applicable please confirm details: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SIGNING THIS PROPOSAL DOES NOT BIND THE COMPANY OR THE INSURER TO COMPLETE THIS INSURANCE.**

**Η ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΔΕΝ ΥΠΟΧΡΕΩΝΕΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ Η ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΝΑ ΣΥΝΑΨΕΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ.**

**PRE CONTRACTUAL INFORMATION FOR THE POLICYHOLDER / CONTRACTING PARTY**  
**(in accordance with the Law 4364/2016, article 150)**  
**ΠΡΟΣΥΜΒΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ**  
**(όπως ορίζεται στον Ν. 4364/2016, άρθρο 150)**

**COMPANY'S INFORMATION**

Corporate name of the company is: "THE ETHNIKI" HELLENIC GENERAL INSURANCE COMPANY SA.

The registered office of the Company is: SYNGROU AVE. 103 – 105, 11745 ATHENS, TEL: +30 2130318189 or 18189, FAX: 2109099111, email: [ethniki@insurance.nbg.gr](mailto:ethniki@insurance.nbg.gr), website: [www.ethniki-asfalistiki.gr](http://www.ethniki-asfalistiki.gr)

**SUPERVISION AUTHORITY**

Bank of Greece is the authority responsible for the supervision of the insurance company and has its registered office in Athens, 21 El. Venizelos Str. TEL: +302103201111, website: [www.bankofgreece.gr](http://www.bankofgreece.gr).

**APPLICABLE LAW – JURISDICTION – LANGUAGE AND WAYS OF COMMUNICATION**

Applicable law is the Greek law. Valid language is the Greek language. Competent courts for solving any dispute are the courts of the city of Athens.

Communication between the Company and the policyholder/Insured/ beneficiary may be made either by letter to the address stated at the insurance policy either by e-mail or fax or by texting message by mobile device, using the contact details of the above persons that the latter gave in writing or by legally recorded conversation, in order to communicate with the Company.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ»**

Η επωνυμία της Εταιρίας είναι: «ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ, Η ΕΘΝΙΚΗ».

Η έδρα της Εταιρίας είναι: ΛΕΩΦ.ΣΥΓΓΡΟΥ 103 – 105, 11745 ΑΘΗΝΑ, ΤΗΛ: +30 2130318189 ή 18189, ΦΑΞ: 210 9099111, email: [ethniki@insurance.nbg.gr](mailto:ethniki@insurance.nbg.gr), website: [www.ethniki-asfalistiki.gr](http://www.ethniki-asfalistiki.gr).

**ΕΠΟΠΤΙΚΗ ΑΡΧΗ**

Αρμόδια Εποπτική Αρχή της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» είναι η Τράπεζα της Ελλάδος, που εδρεύει στην Αθήνα, οδός Ελευθερίου Βενιζέλου αρ. 21, τηλ. +30 210 32 01 111, website: [www.bankofgreece.gr](http://www.bankofgreece.gr).

**ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΟ ΔΙΚΑΙΟ – ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΩΝ – ΓΛΩΣΣΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Εφαρμοστέο δίκαιο είναι το Ελληνικό. Αρμόδια δικαστήρια για την επίλυση κάθε διαφοράς είναι τα δικαστήρια Αθήνας. Ισχύουσα γλώσσα είναι η Ελληνική.

Η επικοινωνία της Εταιρίας με τον Λήπτη της ασφάλισης/Ασφαλισμένο/Δικαιούχο αποζημίωσης μπορεί να γίνεται είτε με επιστολή στη διεύθυνση που έχει δηλωθεί απ' αυτούς και η οποία αναφέρεται στο ασφαλιστήριο, είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail) ή τηλεομοιοτυπία ή με αποστολή μηνύματος σε συσκευή κινητής τηλεφωνίας, στα στοιχεία επικοινωνίας που οι τελευταίοι έχουν δηλώσει εγγράφως ή με νόμιμα ηχογραφημένη συνομιλία ότι επιθυμούν μέσω αυτών να συναλλάσσονται με την Εταιρία.



**WAY AND TIME OF COMPLAINT – HANDLING PROCESS – ALTERNATIVE DISPUTE  
RESOLUTION ENTITIES  
ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΙΤΙΑΣΕΩΝ – ΦΟΡΕΙΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ  
ΔΙΑΦΟΡΩΝ**

According to the ΕΘΝΙΚΗ's Complaints Management Policy and the relevant Acts of Bank of Greece, for any complaints, you may contact:

- The ΕΘΝΙΚΗ's Complaints Sub-Division, 103-105 SYGGROU AVE, 11745, ATHENS, TEL 210 9099777, FAX 210 9099846, email: [parapona@insurance.nbg.gr](mailto:parapona@insurance.nbg.gr). The usual response time to written objections is fifteen (15) working days from the date of filing the complaint, and in any case the response time may not exceed fifty (50) calendar days from the date of submission of the complaint.
- Furthermore, you can apply to the Authorities, such as the Hellenic Consumer's Ombudsman and the General Secretariat for Consumer within the applicable deadlines.

Furthermore, as provided in the Consumer Code of Ethics (Article 11 PD10 / 2017) as applicable, the Policy Holder and / or the Insured and/or the beneficiary, if they fall within the meaning of the consumer, has the possibility of out-of-court settlement of any disputes arise with the «ΕΘΝΙΚΗ» Hellenic General Insurance Company S.A., in relation to the present Insurance Policy by addressing the Alternative Dispute Resolution, recognized by the law, such as :

- 1) The **Consumer Ombudsman**
- 2) The **Alternative Dispute Resolution Center - ADR POINT**
- 3) The **European Conflict Resolution Institute (E.I.E.S.)**.
- 4) The **Alternative Dispute Resolution Institute (startADR)**

Further information on recognized / certified entities can be found at the General Secretariat for Consumer Affairs of the Ministry of Development and Competitiveness (<http://www.efpolis.gr>).

It is definitely stated that the «ΕΘΝΙΚΗ» Hellenic General Insurance Company S.A. is not bound by any obligation to resolve any dispute arising out of this Program through the use of these alternative dispute resolution entities, any request by a Policy Holder/ Insured to settle a dispute by using these will be examined individually.

Please note that activation of the complaint-handling process and your appeal to Alternative Dispute Resolution Enforcers will not terminate the running of the statute of limitations of his legal claims.

**ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΙΤΙΑΣΕΩΝ**

Σύμφωνα με την Πολιτική Αιτιάσεων της Α.Ε.Ε.ΓΑ. «Η ΕΘΝΙΚΗ» και τις σχετικές πράξεις της ΤτΕ, για οιοδήποτε παράπονο/αίτηση ο συμβαλλόμενος ή/και ο ασφαλισμένος ή/και ο δικαιούχος μπορεί να απευθύνεται:

- στην Υποδιεύθυνση Διαχείρισης Αιτιάσεων & Παραπόνων της Εταιρείας, Λ. Συγγρού 103-105, 117 45 Αθήνα, τηλ. 210 9099777, fax 210 9099846, email: [parapona@insurance.nbg.gr](mailto:parapona@insurance.nbg.gr). Ο συνήθης χρόνος ανταπόκρισης στις έγγραφες αιτιάσεις είναι δεκαπέντε (15) εργάσιμες ημέρες από την ημερομηνία υποβολής της αιτίας, ενώ σε καμία πάντως περίπτωση ο δεν μπορεί να υπερβαίνει τις πενήντα (50) ημερολογιακές ημέρες.
- σε αρμόδιες Αρχές, όπως ενδεικτικά Συνήγορο του Καταναλωτή και Γενική Γραμματεία Καταναλωτή, μέσα στις εκάστοτε ισχύουσες προθεσμίες.

Σύμφωνα με όσα προβλέπονται στον Κώδικα Καταναλωτικής Δεοντολογίας (άρθρο 11 Π.Δ.10/2017) ως κάθε φορά ισχύει, ο Λήπτης της Ασφάλισης ή/και Ασφαλισμένος ή/και ο Δικαιούχος έχει τη δυνατότητα εξωδικαστικής επίλυσης τυχόν διαφορών που θα προκύψουν με την Εταιρία σε σχέση με το Ασφαλιστήριο που θα καταρτιστεί απευθυνόμενος στους αναγνωρισμένους από την κείμενη νομοθεσία Φορείς Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών, όπως:

- 1) Ο Συνήγορος του Καταναλωτή,
- 2) Το ΚΕΝΤΡΟ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ - ADR POINT,

3) Το ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ (Ε.Ι.Ε.Σ.) ,

4) Το ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ (startADR).

Περαιτέρω πληροφορίες σε σχέση με τους αναγνωρισμένους/πιστοποιημένους φορείς μπορούν να αναζητηθούν στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή του Υπουργείου Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας (ιστοσελίδα <http://www.efpolis.gr>). Ρητά διευκρινίζεται ότι η Εταιρεία δεν δεσμεύεται ούτε υπέχει κάποια υποχρέωση για την επίλυση οιασδήποτε διαφοράς ανακύψει σε σχέση με το Ασφαλιστήριο που θα καταρτιστεί με τη χρήση των ανωτέρω φορέων εναλλακτικής επίλυσης διαφορών, τυχόν δε αίτημα του Λήπτη της Ασφάλισης ή/και Ασφαλισμένου για την επίλυση διαφοράς με τη χρήση αυτών θα εξετάζεται κάθε φορά μεμονωμένα.

Επισημαίνουμε ότι η προσφυγή στα ως άνω όργανα δεν διακόπτει την παραγραφή τυχόν αξιώσεων όσον αφορά την άσκηση ενδίκων μέσων ενώπιον των Δικαστικών Αρχών, καθώς σε κάθε περίπτωση ο συμβαλλόμενος ή/και ο ασφαλισμένος έχει δικαίωμα να προσφύγει στη δικαιοσύνη.

#### INFORMATION AND DECLARATION OF CONSENT TO THE PROCESSING OF PERSONAL DATA

#### ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

I **confirm the accuracy and precision of the above data** and I have been expressly informed that my freely given, specific and unambiguous consent for the processing of my personal data and the special categories of my personal data is absolutely necessary for the supporting and performance of my insurance contract data in accordance with the General Data Protection Regulation (EU) 2016/679, the applicable Greek law relating to the protection of personal data (Law 4624/2019), as also any decisions, guidelines and regulatory acts issued by the Greek Data Protection Authority.

I have been informed that the **ΕΘΝΙΚΗ" HELLENIC GENERAL INSURANCE COMPANY S.A. is the Controller of my personal data.** Furthermore, my data, shall be processed by departments that are responsible for the performance of my insurance policy, for servicing my requests and for compensating, as well as other departments within the context of performing their statutory functions. My data also, within the context of the lawful performance of the insurance policy to the extent that it is necessary for the better service and for providing the services/covers that are provided by the Insurance Policy may be transmitted to cooperating companies storing and managing archives, to associated insurance intermediaries, collectors or insurance premiums collection companies, companies of debtors briefing, cooperating companies of researches and companies of promotional actions aiming at making researches for discovering the references and needs of consumers (general public) and carrying out promotional actions on behalf of "THE ΕΘΝΙΚΗ" Hellenic General Insurance Co SA, cooperating companies providing document printing, organising and delivering services., cooperating IT companies, surveyors, investigators, doctors, underwriters, as well as other insurance companies, courts, public and independent authorities, independent auditing companies upon their legal request.

#### DATA RETENTION PERIOD

The Company will maintain and process my personal data in both a printed and digital form for as long as my contractual relationship lasts. In the event that my contractual relationship with "**THE ΕΘΝΙΚΗ" HELLENIC GENERAL INSURANCE COMPANY S.A** is interrupted or terminated in any way, my data will be stored until the lapse of the prescription period of relevant claims and in any case as long as it is required by tax legislation, the applicable legal and regulatory framework and the approved codes of conduct.

Please note that if litigation is pending between us beyond these processing times, my data will be stored until the termination of the case with an irrevocable Court Decision.

### My rights

I may exercise the following rights: Right to **access**, Right to correct my inaccurate personal data or to fill in my incomplete personal data, Right to be forgotten ("right to forgiveness") of my personal data, Right to **restrict processing**, Right to data **portability**, Right to **object** to my personal data being processed.

I can at any time withdraw my consent to the processing of my personal data.

However, I have been informed that the withdrawing of my consent as well as exercising the right to object to the processing of my data will result in interruption of my insurance coverage and inability to provide insurance coverage.

In order to exercise my rights above and for any query or complaints regarding personal data I may contact the Data Protection Officer via e-mail to: [parapona@insurance.nbg.gr](mailto:parapona@insurance.nbg.gr), entitled GDPR, by attaching the corresponding form for exercising the right that you will find on the website [www.ethniki-asfalistiki.gr](http://www.ethniki-asfalistiki.gr) or by sending the relevant letter entitled "GDPR", to: "THE ETHNIKI" HGIKSA, 103-105 Syngrou Avenue, 117 45, enclosing the relevant form available at the website [www.ethniki-asfalistiki.gr](http://www.ethniki-asfalistiki.gr). The above rights are exercised without cost, except in the case that repetition entails administrative costs for the Company. Regarding any clarifications about the submission process, I may telephone 210 90 99777.

For the better information of my rights I can visit the website [www.ethniki-asfalistiki.gr](http://www.ethniki-asfalistiki.gr) " , reading "Protection of Personal Data"

Finally, I declare that I have the right to appeal to the Hellenic Data Protection Authority, by using the following communication details:

**Website:** [www.dpa.gr](http://www.dpa.gr), Postal Address: 1-3 Kifisias Avenue, Post Code 115 23, Athens

**Switchboard:** +30 2106475600, Fax: +30 2106475628

**E-mail:** [complaints@dpa.gr](mailto:complaints@dpa.gr)

### DECLARATION OF CONSENT REGARDING THE PROCESSING OF PERSONAL DATA AND SPECIAL CATEGORY OF PERSONAL DATA

I Declare that:

- I have been expressly informed about the processing of personal data and the special categories of personal data by the **ETHNIKI" HELLENIC GENERAL INSURANCE COMPANY S.A** and its associates
- I have been informed about the rights I have and retain as the subject of data
- I acknowledge that the processing of my data is absolutely necessary for the performance of my insurance contract and that any withdrawal of my consent in the future shall result in Company's inability to provide insurance services and to satisfy each obligation issued by the insurance policy
- I provide my freely given, specific and unambiguous consent to the above Company in order to process my data that I have disclosed in the context of this request and for the performance of my insurance policy

Διάβασα και επιβεβαιώνω την ακρίβεια και την ορθότητα των παραπάνω δεδομένων μου και ενημερώθηκα ότι για την προώθηση, υποστήριξη και εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης είναι απαραίτητη η παροχή συγκατάθεσης για την επεξεργασία των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα (ΔΠΧ) και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα (ΕΚΔΠΧ) με βάση τις διατάξεις του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων Ε.Ε2016/679, τις διατάξεις της ισχύουσας ελληνικής νομοθεσίας περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (Νόμος 4624/2019, όπως εκάστοτε ισχύει), καθώς και τις σχετικές Αποφάσεις/Οδηγίες/Γνωμοδοτήσεις της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Ειδικότερα ενημερώθηκα ότι Υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων μου είναι η ασφαλιστική Εταιρία Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ». Επίσης, τα δεδομένα μου, στο πλαίσιο της λειτουργίας της σύμβασης ασφάλισής μου, θα τύχουν επεξεργασίας από τα τμήματα της Εταιρίας που είναι αρμόδια για τη λειτουργία του συμβολαίου μου, την εξυπηρέτηση των αιτημάτων μου και για την αποζημίωσή μου, όπως επίσης και από άλλα τμήματα στο πλαίσιο άσκησης των νομίμων λειτουργιών τους. Επίσης τα δεδομένα μου, στο πλαίσιο της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής

σύμβασης, στον βαθμό που αυτό είναι αναγκαίο για την καλύτερη εξυπηρέτησή μου και την παροχή των υπηρεσιών/καλύψεων που προβλέπει η ασφαλιστική σύμβαση, μπορεί να διαβιβασθούν σε ή να συλλεγούν ή να τύχουν επεξεργασίας από τις συνεργαζόμενες εταιρίες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, τους συνεργαζόμενους με την εταιρεία ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, εισπράκτορες ή εταιρίες εισπραξης ασφαλίσεων, τις εταιρίες ενημέρωσης οφειλετών, τις συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών με σκοπό τη διεξαγωγή ερευνών για τις προτιμήσεις και ανάγκες του καταναλωτικού κοινού και τη διενέργεια προωθητικών ενεργειών για λογαριασμό της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», τις συνεργαζόμενες εταιρίες παροχής υπηρεσιών εκτύπωσης, οργάνωσης και παράδοσης των εντύπων, τις συνεργαζόμενες εταιρίες πληροφορικής, τους πραγματογνώμονες/εμπειρογνώμονες, ιατρούς, αντασφαλιστές, καθώς και άλλες ασφαλιστικές εταιρίες, δικαστικές, δημόσιες και ανεξάρτητες αρχές, ανεξάρτητες ελεγκτικές εταιρίες κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους.

**Χρόνος διατήρησης των δεδομένων:** Τα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα, μέχρι την ολοκλήρωση του σκοπού επεξεργασίας τηρούνται τόσο σε έγχαρτη όσο και σε ηλεκτρονική μορφή. Σε περίπτωση που η συμβατική σχέση μου με την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» διακοπεί ή λήξει με οποιονδήποτε τρόπο, τα δεδομένα μου θα τηρούνται για όσο χρόνο απαιτείται μέχρι να επέλθει η παραγραφή των σχετικών αξιώσεων και σε κάθε περίπτωση για όσο χρόνο απαιτείται από την φορολογική νομοθεσία, το εκάστοτε ισχύον νομικό και κανονιστικό πλαίσιο και τους εγκεκριμένους κώδικες δεοντολογίας. Επισημαίνεται ότι, εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη με την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας, θα τηρούνται τα δεδομένα μου μέχρι την περαίωση της δικαστικής υπόθεσης με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

**Τα δικαιώματά μου:** Έχω δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας και εναντίωσης σχετικά με τα δεδομένα μου που αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας. Επίσης, έχω δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή. Μου γνωστοποιήθηκε ότι η ανάκληση της συγκατάθεσής μου όπως και η άσκηση του δικαιώματος εναντίωσης στην επεξεργασία των δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα, δεν επηρεάζει την επεξεργασία που έχει ήδη πραγματοποιηθεί μέχρι αυτής της στιγμής, αλλά ότι θα έχει ως συνέπεια την μη δυνατότητα αξιολόγησης του αιτήματός μου ή/και την αδυναμία εκπλήρωσης οποιασδήποτε απορρέουσας από την ασφαλιστική σύμβαση υποχρέωσης της Εταιρίας. Για την άσκηση των παραπάνω δικαιωμάτων μου και για οποιοδήποτε ερώτημα, που αφορά δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, μπορώ να απευθύνομαι στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ»:

- με αποστολή email στη διεύθυνση [parapona@insurance.nbg.gr](mailto:parapona@insurance.nbg.gr), με θέμα «GDPR», επισυνάπτοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρείτε στην ιστοσελίδα [www.ethniki-asfalistiki.gr](http://www.ethniki-asfalistiki.gr)
- με αποστολή σχετικής επιστολής, με την ένδειξη «GDPR», προς Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», Λεωφόρος Συγγρού 103-105, 117 45, εσωκλείοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρείτε στην ιστοσελίδα [www.ethniki-asfalistiki.gr](http://www.ethniki-asfalistiki.gr)

Τα δικαιώματα ασκούνται χωρίς κόστος, εκτός εάν λόγω επανάληψης επιφέρουν διαχειριστικό κόστος για την Εταιρία.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση σχετικά με τη διαδικασία υποβολής, μπορώ να επικοινωνήσω καλώντας τον τηλ. αριθμό 210.90.99.777.

Ενημερώθηκα ότι πιο αναλυτική ενημέρωση για τα δικαιώματά μου μπορώ να βρω στην ιστοσελίδα [www.ethniki-asfalistiki.gr](http://www.ethniki-asfalistiki.gr) στην ενότητα Προστασία Προσωπικών Δεδομένων. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση του δικαιώματος να προσφύγω στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, κάνοντας χρήση των ακόλουθων στοιχείων επικοινωνίας: Ιστοσελίδα: [www.dpa.gr](http://www.dpa.gr), Ταχυδρομική Διεύθυνση: Λεωφόρος Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, Τηλεφωνικό Κέντρο: +30 2106475600, Fax: +30 2106475628, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: [complaints@dpa.gr](mailto:complaints@dpa.gr).

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

Δηλώνω ότι:

- ενημερώθηκα ρητώς για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που πραγματοποιεί η Εταιρία Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» και οι συνεργάτες αυτής
- έλαβα γνώση για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων μου
- αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των δεδομένων μου είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης και ότι η μη παροχή συγκατάθεσης ή η τυχόν ανάκληση της συγκατάθεσής μου στο μέλλον θα έχει ως συνέπεια την μη δυνατότητα αξιολόγησης του αιτήματός μου, την αδυναμία εκπλήρωσης οποιασδήποτε απορρέουσας από την ασφαλιστική σύμβαση υποχρέωσης της Εταιρίας
- παρέχω την αδιαμφισβήτητη συγκατάθεσή μου στην παραπάνω Εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μου, που έχω γνωστοποιήσει τόσο στο πλαίσιο του παρόντος αιτήματος όσο και όσων έχω ήδη γνωστοποιήσει στην Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» ή στους συνεργαζόμενους παρόχους στο πλαίσιο του παραπάνω ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

**SOLEMN DECLARATION  
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

I certify that my responses in the present insurance proposal are absolutely true and accurate. I covenant and accept that, since the present along with any other element I shall state shall consist the basis of the insurance policy, any inaccuracy in information rendered by me shall be taken under consideration in case of a claim and even that the insurance cover shall be in force following acceptance of my application by the Insurance Company. I undertake the obligation to inform the Insurance Company for any substantial change of records stated. As "substantial record" is taken anything that may influence acceptance or valuation of the risk.

Βεβαιώνω ότι οι απαντήσεις μου στην παρούσα πρόταση ασφάλισης είναι απόλυτα ακριβείς και αληθείς. Συνομολογώ και αποδέχομαι ότι, επειδή η παρούσα μαζί με οποιοδήποτε άλλο στοιχείο δηλώσω θα αποτελέσει τη βάση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, οποιαδήποτε ανακρίβεια στις παρεχόμενες από εμένα πληροφορίες θα ληφθεί υπ' όψιν σε περίπτωση ζημιάς και ακόμη ότι η ασφαλιστική κάλυψή μου θα ισχύσει μετά την αποδοχή της αίτησής μου από την Ασφαλιστική Εταιρία. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω την Ασφαλιστική Εταιρία για οποιαδήποτε ουσιώδη μεταβολή των δηλωθέντων στοιχείων. Σαν «ουσιώδες στοιχείο» εκλαμβάνεται καθετί το οποίο μπορεί να επηρεάσει την αποδοχή ή αξιολόγηση του κινδύνου.

Signed *Υπογραφή* .....

Company *Εταιρία* .....

Title *Θέση* .....  
(to be signed by Chairman/Chief Executive or equivalent)

Date *Ημερομηνία* .....  
(παρακαλούμε να αναγραφεί η ημερομηνία συμπλήρωσης του παρόντος ερωτηματολογίου)



**Following documents have to be enclosed with this Proposal Form**

***Παρακαλούμε επισυνάψτε στο παρόν ερωτηματολόγιο***

---

1. The last two Annual Reports and Accounts of the Company - *Τις δύο τελευταίες ετήσιες οικονομικές καταστάσεις μαζί με τα προσαρτήματά τους*
2. The last two Statements of Cash flow and Income Statements – *Τις δύο τελευταίες Καταστάσεις Χρηματοοικονομικής Ροής και Αποτελεσμάτων Χρήσεως*
3. Organization Chart - *Οργανόγραμμα*
4. Any Offer Document / Listing Particulars published in the last 12 months – *Οποιοδήποτε έγγραφο δημόσιας ή ιδιωτικής τοποθέτησης εκδόθηκε τους τελευταίους 12 μήνες*