

# ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

## Διαχειριστή Πολυκατοικίας (Γ035)

Η ασφαλιστική προστασία παρέχεται στον εκάστοτε διαχειριστή πολυκατοικίας για θέματα που ανακύπτουν κατά την άσκηση των καθηκόντων του, για πράξεις, παραλείψεις ή παραβάσεις, καθώς επίσης και στους κοινόχρηστους χώρους και κοινόχρηστα αγαθά.

**Η Ασφαλιστική Προστασία παρέχεται:** για τη διεκδίκηση αξιώσεων αποζημιώσεων σε περιπτώσεις ζημίας από υπαιτιότητα τρίτου, για την υπεράσπιση ενώπιον ποινικών δικαστηρίων, για τη διεκδίκηση είσπραξης νομίμως καταναμεμένων οφειλών, κοινοχρήστων δαπανών εκ των υπόχρεων, σε περίπτωση διαφορών από ενοχικές συμβάσεις καθώς και συμβολαίων, για την προσηπικλήση της ασφαλιζουσας τον κίνδυνο αστικής ευθύνης ασφαλιστικής εταιρίας.

**Έκταση Ασφαλιστικής Κάλυψης:** Η κάλυψη ισχύει για την Ελλάδα

**Ασφαλιστικό Ποσό Κάλυψης:** 26.000€ ανά περίπτωση

**Ετήσια Μικτά Ασφάλιστρα (σε €):**

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
Γ 035	Από 1 έως 9 διαμερίσματα	243,00€
Γ 035	Από 10 έως 14 διαμερίσματα	270,90€
Γ 035	Από 15 έως 19 διαμερίσματα	291,60€
Γ 035	Από 20 έως 24 διαμερίσματα	306,90€
Γ 035	Από 25 έως 30 διαμερίσματα	340,19€
Γ 035	Από 31 έως 39 διαμερίσματα	380,69€
Γ 035	Άνω των 39 διαμερισμάτων	18€/διαμέρισμα

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Νομικής Προστασίας	ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ >	ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ >
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ</b>		
Όνοματεπώνυμο		
Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, Τ.Κ., Πόλη)		
Τηλέφωνα (Σταθερό, Κινητό)		
E-mail		
A.Φ.Μ.	Επάγγελμα:	
Διάρκεια Ασφάλισης	Ημ/νία Έναρξης:	Ημ/νία Λήξης:
Τρόπος Πληρωμής	Τρίμηνο <input type="checkbox"/> Εξάμηνο <input type="checkbox"/>	Ετήσιο <input type="checkbox"/>
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ</b>		
Διεύθυνση Ασφ. Κινδύνου		
Αριθμός Διαμερισμάτων		

Δηλώνεται και βεβαιούται ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και δεν αποσιωπήθηκε κανένα γεγονός ή στοιχείο που να μπορεί να επηρεάσει την αξιολόγηση του κινδύνου. Με βάση τα ανωτέρω δηλούμενα στοιχεία η Εταιρία μπορεί να αποδεχθεί ή όχι τον κίνδυνο. Σε περίπτωση αποδοχής του προτεινόμενου κινδύνου η παρούσα πρόταση ασφάλισης θεωρείται αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Γνωρίζω ότι στην ασφάλιση αυτή ισχύουν οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι που μου παραδόθηκαν αλλά και των οποίων έλαβα γνώση διαβάζοντάς τους στην ιστοσελίδα της εταιρίας σας. Στους Όρους αυτούς περιλαμβάνονται και Εξαιρέσεις τις οποίες και αποδέχομαι. Με την παρούσα υποβάλλω αίτηση ασφάλισης που θα περιλαμβάνει όλους τους ανωτέρω Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης. Ανέγνωσα και ενημερώθηκα από το έντυπο «Ενημέρωση για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» που βρίσκεται στην ιστοσελίδα σας για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων που πραγματοποιεί η Εταιρία και για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης) και παρέχω τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία τους.

ο Αιτών	Ο Συνεργάτης		Ο Άμεσος Διανομέας	
	Επωνυμία	A.Φ.Μ.	Επωνυμία	A.Φ.Μ.
Υπογραφή, Ημερομηνία & Τόπος	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	A.Ε.Μ	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	A.Ε.Μ