

ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

Διευθυντικών Στελεχών (ΓΔ034, ΓΔΕ034)

Η ασφαλιστική προστασία παρέχεται στον ασφαλισμένο που αναφέρεται στο ασφαλιστήριο, υπό την ιδιότητά του ως διευθυντικό στέλεχος στον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα εργασίας και κατά την εκτέλεση της επαγγελματικής του δραστηριότητας.

Η Ασφαλιστική Προστασία παρέχεται για:

- ✔ Ποινική – Πειθαρχική Υπεράσπιση
- ✔ Υποβολή Μήνυσης
- ✔ Ανακοίνωση δίκης με προσεπίκληση του Δημοσίου – προσεπίκληση της Ασφαλιστικής Εταιρίας
- ✔ Διεκδίκηση Αποζημίωσης
- ✔ Εργασιακές διαφορές με τον εργοδότη

Έκταση Ασφαλιστικής Κάλυψης:

Η ασφαλιστική κάλυψη ισχύει στην Ελλάδα

Ασφαλιστικό Ποσό Κάλυψης:

26.000€ ανά περίπτωση

Ετήσια Μικτά Ασφάλιστρα (σε €):

| ΚΩΔΙΚΟΣ | ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ | ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ |
|---------|--|------------|
| ΓΔ 034 | Διευθυντικό Στέλεχος | 135,90€ |
| ΓΔΕ 034 | Διευθυντικό Στέλεχος με κάλυψη εργασιακών διαφορών | 165,65€ |

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
Νομικής Προστασίας

ΚΩΔΙΚΟΣ
ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ >

ΚΩΔΙΚΟΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ >

| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 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"/> |

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 δικαιώματά 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 |