

ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

Επαγγελματιών & Επιχειρήσεων (Δ100-199, Δ200-299, Δ300-399)

Η Ασφαλιστική Προστασία παρέχεται: για την άσκηση αξιώσεων αποζημιώσεων βάσει διατάξεων περι αστικής ευθύνης, για την υπεράσπιση ενώπιον ποινικών δικαστηρίων, για διαφορές μεταξύ του ασφαλισμένου εργοδότη και των υπαλλήλων του, για διαφορές με τα ασφαλιστικά ταμεία, για παροχή Νομικών Συμβουλών, για διαφορές που προκύπτουν από την επαγγελματική στέγη, για διαφορές από Ασφαλιστήρια Συμβόλαια Επιχείρησης, για διαφορές με την ασφαλιστική του εταιρία για ασφαλιστήρια πυρός, κλοπής κ.λπ., για την Προσεπικήση Ασφαλιστικής Εταιρίας Αστικής Ευθύνης.

Έκταση Ασφαλιστικής Κάλυψης: Η κάλυψη ισχύει για την Ελλάδα
Ασφαλιστικό Ποσό Κάλυψης: 26.000€ ανά περίπτωση

Ετήσια Μικτά Ασφάλιστρα (σε €):

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
Δ 100-199*	Απασχολούμενοι έως 3 άτομα	96,30€
Δ 200-299*	Απασχολούμενοι έως 3 άτομα	128,69€
Δ 300-399*	Απασχολούμενοι έως 3 άτομα	150,30€
-	Απασχολούμενοι άνω των 3 ατόμων	9€/άτομο

*Σύμφωνα με τον κωδικοποιημένο πίνακα επαγγελματών & επιχειρήσεων

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"/>
Προσεπικήση	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ		

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