

## ΠΟΙΝΙΚΗ ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

Ξενοδοχειακών Επιχειρήσεων (ΔΠΑ327, ΔΠΒ327, ΔΠΓ327, ΔΠΔ327, ΔΠΖ327)

Ασφαλιστικής προστασίας απολαμβάνει ο ασφαλισμένος ως φυσικό πρόσωπο ή ο νόμιμος εκπρόσωπος, διαχειριστής κ.λπ. όταν πρόκειται για εταιρία, με την ιδιότητα του επιχειρηματία και ελεύθερου επαγγελματία, για τη νομίμως ασκούμενη επαγγελματική δραστηριότητά του, που αναφέρεται στο ασφαλιστήριο.

**Η Ασφαλιστική Προστασία παρέχεται για:** Ποινική Υπεράσπιση, Προσεπίκληση της Ασφαλιστικής Εταιρίας Επαγγελματικής Ευθύνης και απόκρουση απαιτήσεων τρίτων κατά του ασφαλισμένου εκ της ευθύνης αυτής, Διαφορές από ασφαλιστήρια

**Έκταση Ασφαλιστικής Κάλυψης:** Η ασφαλιστική κάλυψη ισχύει στην Ελλάδα

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

### Ετήσια Μικτά Ασφάλιστρα (σε €):

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
ΔΠΑ 327	Ξενοδοχειακή Μονάδα έως 100 κλίνες	140,40€
ΔΠΒ 327	Ξενοδοχειακή Μονάδα από 101 έως 200 κλίνες	315,90€
ΔΠΓ 327	Ξενοδοχειακή Μονάδα από 201 έως 300 κλίνες	495,91€
ΔΠΔ 327	Ξενοδοχειακή Μονάδα από 301 έως 500 κλίνες	720,91€
ΔΠΖ 327	Ξενοδοχειακή Μονάδα από 501 κλίνες και άνω	1.080,90€

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**  
Νομικής Προστασίας

**ΚΩΔΙΚΟΣ**  
ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ >

**ΚΩΔΙΚΟΣ**  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ >

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ			
Όνοματεπώνυμο			
Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, Τ.Κ., Πόλη)			
Τηλέφωνα (Σταθερό, Κινητό)			
E-mail			
Επάγγελμα			
Α.Φ.Μ.			
Διάρκεια Ασφάλισης	Ημ/νία Έναρξης:	Ημ/νία Λήξης:	
Τρόπος Πληρωμής	Τρίμηνο <input type="checkbox"/>	Εξάμηνο <input type="checkbox"/>	Ετήσιο <input type="checkbox"/>
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ			
Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, Τ.Κ., Πόλη)			

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	Α.Φ.Μ.	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.
		Α.Ε.Μ		Α.Ε.Μ
Υπογραφή, Ημερομηνία & Τόπος	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)		(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	