

ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

Φωτοβολταϊκών Εγκαταστάσεων (ΔΔΑ135, ΔΔΒ135, ΔΔΓ135)

Η ασφαλιστική προστασία παρέχεται στον εκάστοτε ιδιοκτήτη την νομίμως εγκατεστημένης φωτοβολταϊκής μονάδας, όπως αναγράφεται στο ασφαλιστήριο.

Η Ασφαλιστική Προστασία παρέχεται:

- ✓ για τη διεκδίκηση αξιώσεων αποζημίωσης, σύμφωνα με τις διατάξεις περί αστικής ευθύνης,
- ✓ για την υπεράσπιση σε ποινικά δικαστήρια,
- ✓ σε περίπτωση διαφορών από ενοχικές συμβάσεις, συμβάσεις με τη ΔΕΗ, εγγύηση εγκαταστάτη, εγγύηση κατασκευαστή, εφόσον το αντικείμενο της διαφοράς υπερβαίνει το ετήσιο ασφάλιστρο που καταβάλλει ο ασφαλισμένο.

Έκταση Ασφαλιστικής Κάλυψης: Η ασφαλιστική κάλυψη ισχύει στην Ελλάδα
Ασφαλιστικό Ποσό Κάλυψης: 26.000€ ανά εγκατάσταση

Ετήσια Μικτά Ασφάλιστρα (σε €) ανά εγκατάσταση:

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
ΔΔΑ 135	έως 10 KWp (1 ^η κατηγορία)	104,40€
ΔΔΒ 135	από 11 KWp έως 100KWp (2 ^η κατηγορία)	324,90€
ΔΔΓ 135	Άνω των 100 KWp (3 ^η κατηγορία)	597,60€

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"/>	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗΣ Φ/Β ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (να μην συμπληρώνεται εφόσον η διεύθυνση είναι κοινή με αυτήν της κατοικίας)		
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	A.Φ.Μ.	Επωνυμία	A.Φ.Μ.
Υπογραφή, Ημερομηνία & Τόπος	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	A.E.M.	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	A.E.M.