

ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή & Πραγματογνώμονα (ΔΑ110 ΔΒ110, ΔΓ110, ΔΕ110)

Η ασφαλιστική προστασία παρέχεται στον ασφαλισμένο που αναφέρεται στο ασφαλιστήριο, για την επαγγελματική του δραστηριότητα την οποία νομίμως ασκεί. Εάν η διαμεσολάβηση ή η δραστηριότητα του ασκείται από εταιρία, η ασφαλιστική προστασία μεταφέρεται στον νόμιμο εκπρόσωπό της.

Η Ασφαλιστική Προστασία παρέχεται: για την υπεράσπιση σε ποινικά δικαστήρια για εξ αμελείας παράβαση ποινικών διατάξεων, για την παραφύλαξη εννόμων συμφερόντων του ασφαλισμένου, για την απόκρουση απαιτήσεων και την προσεπίκληση της ασφαλιστικής του εταιρίας, για τις μισθωτικές διαφορές του ασφαλισμένου με τον ιδιοκτήτη της επαγγελματικής του στέγης, για τη διεκδίκηση αξιώσεων αποζημίωσης, για την παραφύλαξη έννομων συμφερόντων από εργατικές σχέσεις και ασφαλιστικά ταμεία, για υπαλληλικές διαφορές του ασφαλισμένου με το προσωπικό που απασχολεί.

Έκταση Ασφαλιστικής Κάλυψης: Η ασφαλιστική κάλυψη ισχύει στην Ελλάδα και εφόσον συντρέχει αρμοδιότητα Ελληνικών δικαστηρίων και παρέχεται για ασφαλιστικές περιπτώσεις που γεννήθηκαν μετά την έναρξη και κατά τη διάρκεια ασφάλισης.

Ασφαλιστικό Ποσό Κάλυψης: 26.000€ ανά περίπτωση

Ετήσια Μικτά Ασφάλιστρα (σε €):

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
ΔΑ 110	Ασφαλιστικός Σύμβουλος	62,10€
ΔΒ 110	Ασφαλιστικός Πράκτορας	72,02€
ΔΓ 110	Μεσίτης Ασφαλίσεων	86,86€
ΔΕ 110	Εταιρία Διαμεσολαβούντων - Πραγματογνώμωνων	149,40€

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Νομικής Προστασίας	ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ >	ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ >
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ		
Όνοματεπώνυμο		
Διεύθυνση Ασφαλιζομένου (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 ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ (μόνο για ΔΓ110 & ΔΕ110)		

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.
		A.Ε.Μ		A.Ε.Μ
Υπογραφή, Ημερομηνία & Τόπος	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)		(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	