

GUID: 34BEA598-B2BD-469E-9288-DC77A1D78A0F

ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ " ΓΕΝΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ "

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΒΛΕΠΕ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΣΕ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΣΕΛΙΔΕΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ ΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΕΝΤΥΠΑ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ. Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΔΕΝ ΑΡΧΙΖΕΙ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΕΦΑΠΑΞ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ Ή ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΤΜΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ.

ΑΡ.ΣΥΜΒΟΛ. 22.127591	ΑΡ.ΑΝ/ΣΗΣ 22.545546	ΗΜ.ΕΝΑΡΞΗΣ 01/05/2022 12:00 μμ	ΗΜ.ΛΗΞΗΣ 01/05/2023 12:00 μμ	ΤΡ.ΠΛ. 1/12	
-------------------------	------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	----------------	--

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ: (014-58) ΣΠΑΝΟΥΔΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ-ΤΣΑΜΠΙΚΟΣ Α.Φ.Μ.:072979558 Α.Ε.Μ.:40019-87
ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ: -
ΑΜΕΣΟΣ ΔΙΑΝΟΜΕΑΣ:

ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ (ΣΥΜΒ/ΝΟΣ) : ΘΕΟΔΩΡΕΛΛΗ ΣΑΠΦΩ (1860668)
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΛΟΡΔΟΥ ΒΥΡΩΝΟΣ 5 853 00 ΚΩΣ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ
ΑΦΜ/ΑΔΤ. : 067614526/ ΤΗΛ.: 2242024245
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ : ΘΕΟΔΩΡΕΛΛΗ ΣΑΠΦΩ Κυρίως Ασφαλιζόμενος ΑΦΜ/ΑΔΤ.: 067614526
ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ: ΟΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ.

Η παρούσα ασφαλιστική σύμβαση διέπεται από τους συνημμένους Ασφαλιστικούς Όρους (Γενικούς - Ειδικούς - Προσαρτήματα) και αποτελούν το ενιαίο σύνολο της ασφαλιστικής σύμβασης. Οποιαδήποτε συμπλήρωση ή και μεταβολή του περιεχομένου αυτών είναι άκυρη εφόσον δεν φέρει την υπογραφή νόμιμα εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου της Εταιρείας. Η παρούσα σύμβαση διέπεται από το Ελληνικό Δίκαιο.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	ΑΣΦ. ΚΕΦΑΛ.	ΣΥΝΤ.	ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΘ.ΑΣΦ/ΤΡΑ
00002 ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝ TOUR OPERATORS	100.000,00€	1,359	135,87€
09996 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ	100.000,00€	0,000	0,00€
09997 ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ	100.000,00€	0,000	0,00€
09998 ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	100.000,00€	0,000	0,00€
09999 ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ	100.000,00€	0,000	0,00€
ΣΥΝΟΛΑ	100.000,00€		135,87€

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Καλύπτεται η αστική ευθύνη της ασφαλιζόμενης επωνυμίας ως επιχείρησης η οποία διοργανώνει ή/και πωλεί ή προσφέρει προς πώληση οργανωμένα ταξίδια σε όλο τον κόσμο.-

ΕΞΑΙΡΟΥΝΤΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ / ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΕΝΤΟΣ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΜΩΝ ΣΙΔΗΡΟΔΡΟΜΙΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ.

Η Ασφάλιση δεν καλύπτει τις ζημιές που προέρχονται ή είναι επακόλουθο ή συσχετίζονται με AIDS, ηπατίτιδα, σπογγώδη εγκεφαλοπάθεια, γρίπη των πουλερικών, ανθρώπινους ιστούς, παράγωγα αίματος και λοιπές επιδημίες και πανδημίες καθώς και με οποιαδήποτε μεταδιδόμενη ασθένεια (μολυσματική ή μη).

ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

ΚΑΘΑΡΑ ΑΣΦ/ΡΑ	ΔΙΚ. ΣΥΜΒ.	Φ. Α/ΑΤΥΧ.	Φ. Α/ΠΥΡΟΣ	Τ.Ε.Ο.	ΣΥΝΟΛΟ
135,87€	27,17€	24,46€	0,00€	0,00€	187,50€

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΚΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ Π.Δ. 148/1984

ΚΛΑΔΟΣ	ΚΑΘΑΡΑ ΑΣΦ/ΡΑ	ΔΙΚ.ΣΥΜΒ.	Φ.Α/ΑΤΥΧ.	Φ.Α/ΠΥΡΟΣ	Τ.Ε.Ο.	ΣΥΝΟΛΑ
13. (22)	135,87 €	27,17 €	24,46 €	0,00 €	0,00 €	187,50 €
ΣΥΝΟΛΑ	135,87 €	27,17 €	24,46 €	0,00 €	0,00 €	187,50 €

ΠΡΟΣΟΧΗ :

1)Κάθε παράβαση των όρων του παρόντος παρέχει το δικαίωμα στην Ασφαλιστική Εταιρεία να καταγγείλει την Ασφαλιστική Σύμβαση.

2)Όπου γίνεται αναφορά στο ν.δ. 400/70, νοείται αναφορά στις διατάξεις του ν.4364/2016

3)Η καθυστέρηση της καταβολής ληξιπροθέσμης δόσης ασφαλιστρού δίνει το δικαίωμα στον ασφαλιστή να καταγγείλει τη σύμβαση σύμφωνα με το άρθρο 278 παρ.8 περ. 2 του ν.4364/2016.

4)Δικαιώματα Εναντίωσης

A. Πρώτο Δικαίωμα Εναντίωσης

Για κάθε τυχόν παρέκκλιση του παρόντος ασφαλιστηρίου από την πρόταση για ασφάλιση, ο λήπτης της ασφάλισης έχει δικαίωμα εναντίωσης, συμπληρώνοντας και αποστέλλοντας στην έδρα της Εταιρίας το σχετικό έντυπο υπόδειγμα δήλωσης εναντίωσης 1 που επισυνάπτεται στο παρόν ασφαλιστήριο, με συστημένη επιστολή, μέσα σε έναν (1) μήνα από την ημερομηνία παράδοσης σ' αυτόν του ασφαλιστηρίου.

B. Δεύτερο Δικαίωμα Εναντίωσης

Η παραλαβή του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, αν δεν αποδεικνύεται διαφορετικά τεκμαίρεται από την πληρωμή των ασφαλιστρών. Γίνεται αναφορά ότι παραδόθηκαν στο λήπτη της Ασφάλισης: α. τα προβλεπόμενα από το Νόμο πληροφοριακά στοιχεία με έντυπο, κατά την υποβολή της Πρότασης Ασφάλισης και β. οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι κατά την παράδοση του Ασφαλιστηρίου. Σε περίπτωση που για οποιοδήποτε λόγο ο λήπτης της ασφάλισης δεν παρέλαβε έντυπο με τις πληροφορίες του άρθρου 150 του Ν. 4364/2016 ή παρέλαβε το παρόν ασφαλιστήριο χωρίς τους γενικούς και ειδικούς ασφαλιστικούς όρους που διέπουν την ασφάλιση, έχει δικαίωμα εναντίωσης, συμπληρώνοντας και αποστέλλοντας στην Εταιρία το σχετικό έντυπο υπόδειγμα δήλωσης εναντίωσης 2 που επισυνάπτεται στο παρόν ασφαλιστήριο, με συστημένη επιστολή, εντός δεκατεσσάρων (14) ημερών από την ημερομηνία παράδοσης σε αυτόν του Ασφαλιστηρίου.

Υποδείγματα των ως άνω δηλώσεων εναντίωσης ακολουθούν ως αναπόσπαστο μέρος του παρόντος.

Δήλωση συγκατάθεσης επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Ενημερώθηκα για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που πραγματοποιεί η Εταιρία και για τα δικαιώματα που έχω από το «ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ» και παρέχω τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία τους. Σε περίπτωση άρσης της συγκατάθεσής μου η Εταιρία έχει δικαίωμα άρνησης ασφάλισης ή καταγγελίας της σύμβασης.

Το παρόν επέχει και θέσιν ΔΠΥ του άρθ. 31, παρ. 8, εδ. α' του Ν.Δ. 4/23. 11. 68 Κ.Δ.Σ.

Νο. Συμβ.: 22.127591/22.545546

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ : 01/05/2022

Ο ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
(ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ)

Η ΕΤΑΙΡΕΙΑ
INTERLIFE ΑΑΕΓΑ



Ιωάννης Παν. Βοτσαρίδης
Διευθύνων Σύμβουλος

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ. Προς την INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α. Δηλώνω ότι παρέλαβα το υπ' αριθμ. 22.127591 ασφαλιστήριο συμβόλαιο και έλαβα γνώση των Γενικών και Ειδικών όρων, το έντυπο πληροφοριών του άρθρου 150 του ν. 4364/2016 σύμφωνα με το Ν. 2496/97, που επισυνάπτονται σ'αυτό καθώς και τα δύο (2) έντυπα εναντίωσης, την ____/____/____ Ο ασφαλισμένος λήπτης της ασφάλισης ΘΕΟΔΩΡΕΛΛΗ ΣΑΠΦΩ Υπογραφή

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ 1

Προς την Ασφαλιστική Εταιρία INTERLIFE ΑΑΕΓΑ
14οχλμ. Θεσσαλονίκης-Πολυγύρου ΤΘ60218, ΤΚ57001 Θέρμη-Θεσσαλονίκη
Συστημένη με απόδειξη παραλαβής

ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ (άρθρου 2 παράγρ. 5 του Ν.2496/1997)

Σας δηλώνω την εναντίωσή μου ως προς το περιεχόμενο του με αριθμό 22.127591 ασφαλιστηρίου που μου παραδώσατε, διότι το περιεχόμενό του παρεκκλίνει από την πρόταση για ασφάλιση που σας υπέβαλα στα εξής σημεία:

Κατόπιν τούτου, η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη από την αρχή και ουδεμία ισχύ έχει το παραπάνω ασφαλιστήριο που μου παραδώσατε.

Ημερομηνία ____ / ____ / _____
Ο/Η Δηλών / ούσα

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ 2

Προς την Ασφαλιστική Εταιρία INTERLIFE ΑΑΕΓΑ
14οχλμ. Θεσσαλονίκης-Πολυγύρου ΤΘ60218, ΤΚ57001 Θέρμη-Θεσσαλονίκη
Συστημένη με απόδειξη παραλαβής

ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ (άρθρου 2 παράγρ. 6 του Ν.2496/1997)

Σας δηλώνω την εναντίωσή μου ως προς τη σύναψη της μεταξύ μας ασφάλισης, δυνάμει του με αριθμό 22.127591 ασφαλιστηρίου που μου παραδώσατε, διότι:

-Δεν παρέλαβα έγγραφο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 150 του Ν.4364/2016.

-Το ασφαλιστήριο που παρέλαβα, μου παραδόθηκε χωρίς γενικούς και ειδικούς ασφαλιστικούς όρους.

Κατόπιν τούτου, η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη από την αρχή και ουδεμία ισχύ έχει το παραπάνω ασφαλιστήριο που μου παραδώσατε.

Ημερομηνία ____ / ____ / _____
Ο/Η Δηλών / ούσα