

GUID: AE4936E6-BE48-46F0-A557-3D32D4926836

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. 22.129842	ΑΡ.ΑΝ/ΣΗΣ 22.556126	ΗΜ.ΕΝΑΡΞΗΣ 06/12/2023 12:00 μμ	ΗΜ.ΛΗΞΗΣ 06/12/2024 12:00 μμ	1/12	
-------------------------	------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	------	--

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ: (077-65) SARELOT PASCALE Α.Φ.Μ.:046135815 Α.Ε.Μ.:25625-ΔΩΔΕ/176
ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ: -
ΑΜΕΣΟΣ ΔΙΑΝΟΜΕΑΣ:

ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ (ΣΥΜΒ/ΝΟΣ) : ΠΑΠΑΣΑΒΒΑΣ ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ (385345)
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΛΕΩΦ.ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ-ΦΑΛΗΡΑΚΙΟΥ ΦΑΛΗ 851 00 ΡΟΔΟΣ
ΑΦΜ/ΑΔΤ. : 021789370/ ΤΗΛ.: 2241087615
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ : ΠΑΠΑΣΑΒΒΑΣ ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ Κυρίως Ασφαλιζόμενος ΑΦΜ/ΑΔΤ.: 021789370
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	75.000,00€	2,174	163,04€
09996 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ	75.000,00€	0,000	0,00€
09997 ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ	75.000,00€	0,000	0,00€
09998 ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	75.000,00€	0,000	0,00€
09999 ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ	75.000,00€	0,000	0,00€
ΣΥΝΟΛΑ	75.000,00€		163,04€

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.-

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).

Το ανώτατο όριο ευθύνης της εταιρίας για τυχόν ζημιές εντός των χώρων, των υποδομών και της περιμέτρου των Αεροδρομίων, Σιδηροδρομικών Σταθμών, Λιμανιών και Μαρίνων, δεν θα ξεπερνάει το ποσό των 50.000€ ανά γεγονός και ετησίως, εκτός και αν άλλως έχει συμφωνηθεί με την εταιρία

ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

ΚΑΘΑΡΑ ΑΣΦ/ΡΑ	ΔΙΚ. ΣΥΜΒ.	Φ. Α/ΑΤΥΧ.	Φ. Α/ΠΥΡΟΣ	Τ.Ε.Ο.	ΣΥΝΟΛΟ
163,04€	32,61€	29,35€	0,00€	0,00€	225,00€

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)	163,04 €	32,61 €	29,35 €	0,00 €	0,00 €	225,00 €
ΣΥΝΟΛΑ	163,04 €	32,61 €	29,35 €	0,00 €	0,00 €	225,00 €

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.: 22.129842/22.556126

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ : 01/12/2023

Ο ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
(ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ)

Η ΕΤΑΙΡΕΙΑ
INTERLIFE ΑΑΕΓΑ



Ιωάννης Παν. Βοτσαρίδης
Διευθύνων Σύμβουλος

Ευστημένη με απόδειξη παραλαβής

Προς την **ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ (INTERLIFE) Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία Γενικών Ασφαλίσεων**
14ο χλμ. Θεσσαλονίκης - Πολυγύρου, Τ.Θ. 60218, Τ.Κ. 57001 Θέρμη, Θεσσαλονίκη
Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 057606004000

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

Σας δηλώνω την εναντίωσή μου ως προς το περιεχόμενο του με αριθμό 22.129842 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

Ευστημένη με απόδειξη παραλαβής

Προς την **ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ (INTERLIFE) Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία Γενικών Ασφαλίσεων**
14ο χλμ. Θεσσαλονίκης - Πολυγύρου, Τ.Θ. 60218, Τ.Κ. 57001 Θέρμη, Θεσσαλονίκη
Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 057606004000

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 22.129842 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

Ευστημένη με απόδειξη παραλαβής

Προς την **ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ (INTERLIFE) Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία Γενικών Ασφαλίσεων**
14ο χλμ. Θεσσαλονίκης - Πολυγύρου, Τ.Θ. 60218, Τ.Κ. 57001 Θέρμη, Θεσσαλονίκη
Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 057606004000

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

Δηλώνω ότι παρέλαβα:

1. Το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο με αριθμό 22.129842
2. Τους γενικούς και ειδικούς όρους
3. Το έντυπο πληροφοριών του άρθρου 150 του Ν. 4364/2016
4. Τα υποδείγματα δηλώσεων εναντίωσης 1 και 2 που αναφέρονται σύμφωνα με τον Ν. 2496/1997
5. Το έντυπο Ενημέρωσης για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ημερομηνία ____ / ____ / _____

Ο/Η Δηλών/ούσα