

ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Αριθμός Ασφαλιστηρίου **2227021710** Ημερομηνία Έκδοσης **02/11/2023**
Αριθμός Ανανεούμενου **2227017731** Αρχικό Ασφαλιστήριο **2224015312**
Συνεργάτης: 49354 Επωνυμία: ANAE MON. Α.Ε. ΠΡΑΚΤΟ:
Α.Φ.Μ.: 094519971 Αρ.Ειδ.Μητρώου: ΕΕΘ / 400308

Συμβαλλόμενος 7943510
Επωνυμία **ΚΟΥΛΟΥΜΠΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**
Α.Φ.Μ. 036500089 Α.Δ.Τ.
Δ.Ο.Υ. ΑΡΓΟΣΤΟΛΙΟΥ
Οδός Λ. ΒΕΡΓΩΤΗ Αριθμός 10
Πόλις ΑΡΓΟΣΤΟΛΙ-ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑ
Περιοχή ΑΡΓΟΣΤΟΛΙ
Ταχ.Κωδικός 28100
Τηλέφωνο 2671020120
Κινητό

Ασφαλιζόμενοι

Α/Α	Επωνυμία	Όνομα	Διεύθυνση	Α.Φ.Μ.	Ημ.Γέννησης
1	ΚΟΥΛΟΥΜΠΗΣ	ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ	Λ.ΒΕΡΓΩΤΗ 10 ΑΡΓΟΣΤΟΛΙ	036500089	00/00/0000

Δικαιούχοι Ασφαλίματος

Ο Ασφαλιζόμενος.

Συνολικό Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο **360.000** **Ευρώ**

Έναρξη ισχύος Ασφάλισης από την 12:00 ώρα της 31/10/2023
Λήξη ισχύος Ασφάλισης την 12:00 της 31/10/2024

ΚΑΘΑΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ	ΔΙΚΑΙΩΜΑ	Φ.Α. 10%	Φ.Α. 15%	Φ.Α. 20%	ΧΑΡΤΟΣΗΜΟ	ΟΛΙΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
181,16	36,23		32,61			250,00

Ασφάλιστρα Δόσης Περιόδου Από 31/10/2023 Έως 31/10/2024

181,16	36,23		32,61			250,00
--------	-------	--	-------	--	--	--------

Το παρόν ασφαλιστήριο επέχει θέση τιμολογίου, σύμφωνα με την παρ. 4 του άρθρου 8 του Ν.4308/2014 και απαλλάσσεται του Φ.Π.Α., βάσει της παρ. ιθ του άρθρου 22 του Ν. 2859/2000

Τρόπος Πληρωμής : ΕΦΑΠΑΞ

Ενδεχόμενες παρεκκλίσεις, προϋποθέσεις, αφαιρέτες απαλλαγές και ειδικές πρόσθετες συμφωνίες, καθώς και ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματα
Εναντίωσης (άρθρο 2 παρ. 5 & 6 του Ν. 2496/1997) και Υπαναχώρησης (άρθρο 8 παρ. 3 του Ν.2496/1997), αλλά και τα απαιτούμενα υποδείγματα για την
άσκησή τους, προβλέπονται ειδικότερα στις σχετικές παραγράφους της παρούσας σύμβασης.

- Το παρόν ασφαλιστήριο εκδόθηκε κατόπιν αίτησης/πρότασης ασφάλισης του λήπτη της ασφάλισης/ασφαλισμένου, που, μαζί με τις τυχόν συμπληρωματικές πληροφορίες και προϋποθέσεις, αποτελεί ενιαίο και αναπόσπαστο μέρος αυτού. Η αίτηση - πρόταση του αυτή θα ισχύει μάλιστα και για κάθε τυχόν ανανέωση της ασφαλιστικής σύμβασης, εκτός εάν ο ίδιος δηλώσει, εγγράφως, επιθυμία τροποποίησης και την αποδεχθεί η Εταιρία εγγράφως.
- Ο λήπτης της ασφάλισης/ασφαλισμένος ενημερώθηκε ότι η ασφαλιστική κάλυψη αρχίζει μόνο με την αποδεδειγμένη καταβολή ολόκληρου του οφειλόμενου ασφαλιστρού στην Εταιρία και ισχύει για όσο χρόνο ορίζεται στο ασφαλιστήριο.
- Το παρόν ασφαλιστήριο διέπεται από τις διατάξεις της ισχύουσας Νομοθεσίας, καθώς και από τους Γενικούς και Ειδικούς όρους ασφάλισης, που ο λήπτης της ασφάλισης/ασφαλισμένος ανέγνωσε και αποδέχθηκε ρητά και οι οποίοι τελούν σε πλήρη γνώση του και αποτελούν ενιαίο και αναπόσπαστο μέρος αυτού. Οποιαδήποτε συμπλήρωση ή και μεταβολή του περιεχομένου αυτού είναι άκυρη, εφόσον δεν φέρει την υπογραφή νόμιμα εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου της Εταιρίας.
- Ο λήπτης της ασφάλισης/ασφαλισμένος, στα πλαίσια της προσυμβατικής του ενημέρωσης, έλαβε το ενημερωτικό έντυπο πληροφοριών, κατά τις διατάξεις του άρθρου 150 του Ν. 4364/2016, το ειδικό έγγραφο πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν, κατά τις διατάξεις του άρθρου 30 του Ν. 4583/2018, δεδομένου ότι το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο αφορά ασφαλιστικό προϊόν των κλάδων ασφάλισης της παρ. 1 του άρθρου 4 του Ν.4364/2016, τις γενικές πληροφορίες - επιπρόσθετες πληροφορίες - αναλύσεις των ασφαλιστικών των αναγκών και συμβουλές, που προβλέπονται στις διατάξεις των άρθρων 28, 29 και 30 του Ν.4583/2018, με βάση τις οποίες σχημάτισε προσωπική άποψη και αποφάσισε με δική του πρωτοβουλία για το ασφαλιστικό προϊόν που αναφέρεται στο παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο και ενημερώθηκε ότι η Εταιρία εφαρμόζει πολιτική διαχείρισης αιτιάσεων σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στην σχετική ΠΕΕ της ΤτΕ 88/5.4.2016,
- Ο λήπτης της ασφάλισης/ ασφαλισμένος ενημερώθηκε, ότι μπορεί να έχει εύκολη πρόσβαση επί όλων των ανωτέρω εγγράφων και στο μέλλον, ανά πάσα στιγμή, επικοινωνώντας με την Εταιρία ή με συνεργάτη αυτής.
- Η Εταιρία τελεί σε πλήρη συμμόρφωση με την εθνική και ευρωπαϊκή νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, έχοντας θέσει, ως

Για την NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ-ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.



Υπεύθυνος Επεξεργασίας, τις κατάλληλες προδιαγραφές για τη σωστή, νόμιμη και δίκαιη διαχείριση όλων των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που συλλέγει, σεβόμενη τα νόμιμα δικαιώματα, την ιδιωτικότητα και την εμπιστοσύνη του λήπτη της ασφάλισης/ασφαλισμένου, ο οποίος ενημερώθηκε άλλωστε πλήρως, από αυτήν, για την συλλογή των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που τον αφορούν, αλλά και για την περαιτέρω επεξεργασία και αποθήκευση αυτών από την Εταιρία. Στην ιστοσελίδα της υπάρχουν εξάλλου όλες οι απαιτούμενες πληροφορίες σχετικά με την ισχύουσα Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, που η Εταιρία ακολουθεί, ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας, σύμφωνα με την ισχύουσα Νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, για όλες τις πράξεις της συλλογής, επεξεργασίας και αποθήκευσης αυτών.

- Το παρόν ασφαλιστήριο διέπεται από το Ελληνικό Δίκαιο.

ΠΑΡΕΚΚΛΙΣΕΙΣ

Ουδενμία.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΛΥΨΕΩΝ

	Κεφάλαιο	Ειδικός Όρος
ΕΥΘΥΝΗ TOUR OPERATOR	360.000	110
ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ		299

ΥΠΟΟΡΙΑ ΚΑΛΥΨΕΩΝ

ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΑΞΙΔΙΩΤΩΝ

- Σωματικές βλάβες και/ή θάνατο ανά ταξιδιώτη.....	€100.000-
- Σωματικές βλάβες και/ή θάνατο Ομαδικό.....	€100.000-
- Υλικές ζημιές.....	€100.000-
- Ανώτατο όριο ευθύνης	€600.000-

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ

- Όριο ανά γεγονός	€ 30.000-
- Ανώτατο όριο ευθύνης	€ 60.000-

ΑΦΕΡΕΓΓΥΟΤΗΤΑ

- Όριο ανά γεγονός	€ 30.000-
- Ανώτατο όριο ευθύνης	€100.000-

ΕΠΑΝΑΠΑΤΡΙΣΜΟΣ

- Όριο ανά ταξιδιώτη	€ 1.000-
- Όριο ανά γεγονός	€100.000-
- Ανώτατο όριο ευθύνης	€100.000-

Συνολικό Ανώτατο Όριο Ευθύνης €600.000-

ΑΦΑΙΡΕΤΕΕΣ ΑΠΑΛΛΑΓΕΣ

€150 ανά ζημιολόγο γεγονός.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΣΥΜΦΩΝΙΕΣ

1. Εξαιρείται της κάλυψης οποιαδήποτε ζημιά πριν από την έναρξη του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου.
2. Η κάλυψη παρέχεται με την προϋπόθεση καθαρού ιστορικού ζημιών.
3. Εξαιρείται της κάλυψης οποιαδήποτε ευθύνη που τυχόν προκληθεί από μετάδοση μολυσματικών ασθενειών ή εν γένει ασθενειών, ενδεικτικά και όχι περιοριστικά από HIV, ARC, AIDS, ΗΠΑΤΤΙΤΙΔΑ και τα επακόλουθά τους
4. Η παρεχόμενη κάλυψη ισχύει για ατυχήματα, που θα γεννηθούν και δηλωθούν εντός της περιόδου ασφάλισης.
5. Οι προορισμοί των ταξιδιών και τα γεωγραφικά όρια είναι παγκοσμίως.

Για την ΝΡ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ-ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.



7. Ο ασφαλιζόμενος υποχρεούται να υποβάλει στην εταιρία στο τέλος κάθε μήνα, για κάθε ταξίδι, αναλυτική κατάσταση με το ονοματεπώνυμο των ταξιδιωτών, την ημερομηνία αναχώρησης και επιστροφής του ταξιδιού και τον τόπο προορισμού.
8. Εξαιρείται και δεν καλύπτεται ο εισερχόμενος τουρισμός.
9. Εξαιρείται της κάλυψης οποιαδήποτε απώλεια ή ζημιά για απαιτήσεις που ευθύνονται οι αεροπορικές και οι ακτοπολοϊκές εταιρίες.
10. Η κάλυψη επεκτείνεται για να καλύπτει το Άρθρο 12, εδάφιο 7 του Π.Δ. 7/2018: Σε περίπτωση κατά την οποία είναι αδύνατον να διασφαλιστεί η επιστροφή του ταξιδιώτη όπως συμφωνήθηκε στη σύμβαση οργανωμένου ταξιδιού λόγω αναπόφευκτων και έκτακτων περιστάσεων, η κάλυψη επεκτείνεται ώστε να περιλαμβάνει το κόστος της αναγκαίας παροχής καταλύματος, όπου είναι δυνατόν ισοδύναμης κατηγορίας και με μέγιστη διάρκεια τις 3 ημέρες ανά ταξιδιώτη, μέχρι του ορίου € 300 ανά ταξιδιώτη, € 10.000€ ανά ζημιολόγο γεγονός και συνολικά.
11. Η κάλυψη επεκτείνεται για να καλύπτει το Άρθρο 20 του Π.Δ. 7/2018, δηλαδή σφάλματα που οφείλονται σε τεχνικά προβλήματα του συστήματος κρατήσεων ή σφάλματα κατά τη διάρκεια της κράτησης που καταλογίζονται αποκλειστικά στον Ασφαλισμένο και δεν προκαλούνται από αναπόφευκτες ή έκτακτες περιπτώσεις.
12. Η υποβληθείσα στην Εταιρία Πρόταση Ασφάλισης αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.
13. Το Μικτό Ετήσιο Ασφάλιστρο ανά ταξιδιώτη ανέρχεται σε €1,60 X 156 ταξιδιώτες ήτοι €250,00, τα οποία είναι τα ελάχιστα και μη επιστρεπτέα ασφάλιστρα.
Εκκαθάριση θα γίνεται με τον προαναφερόμενο ασφάλιστρο ανά ταξιδιώτη κάθε μήνα.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ

Ο λήπτης της ασφάλισης / ασφαλισμένος δικαιούται να εναντιωθεί:

- (Α) μέσα σε ένα (1) μήνα από την παραλαβή του παρόντος ασφαλιστηρίου, αν το περιεχόμενο αυτού παρεκκλίνει από την αίτηση ασφάλισης που υπέβαλε (παρ. 5 του άρθρου 2 του Ν. 2496/1997),
- (Β) μέσα σε δεκατέσσερις (14) ημέρες από την παράδοση του παρόντος ασφαλιστηρίου, σε περίπτωση, που, για οποιονδήποτε λόγο, δεν παρέλαβε το έντυπο πληροφοριών (άρθρο 150 του Ν. 4364/2016) κατά την υπογραφή της αίτησης ασφάλισης ή παρέλαβε αυτό ελλιπές ή παρέλαβε το παρόν ασφαλιστήριο χωρίς τους Γενικούς ή/και τους Ειδικούς ασφαλιστικούς όρους που διέπουν την ασφάλιση (παρ. 6 του άρθρου 2 του Ν.2496/1997).

Τα πιο πάνω δικαιώματα εναντίωσης ασκούνται με τη συμπλήρωση και αποστολή, με συστημένο ταχυδρομείο, στην έδρα της Εταιρείας, του αντιστοίχου, κατά περίπτωση, εντύπου υποδείγματος (Α) ή (Β) των δηλώσεων εναντίωσης, που επισυνάπτονται στο παρόν ασφαλιστήριο.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

Αν το ασφαλιστήριο έχει διάρκεια μεγαλύτερη του ενός (1) έτους, ο λήπτης της ασφάλισης / ασφαλισμένος δικαιούται να υπαναχωρήσει, για λόγους ανεξάρτητους από τους αναφερόμενους στις παραπάνω περιπτώσεις (Α) και (Β), αποστέλλοντας στην έδρα της Εταιρείας επιστολή, με συστημένο ταχυδρομείο, εντός δεκατεσσάρων (14) ημερών από την παράδοση του παρόντος ασφαλιστηρίου (παρ. 3 του άρθρου 8 του Ν. 2496/1997).

Για την NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ-ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.



ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ

(άρθρου 2, παρ. 5, του Ν. 2496/1997)

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Α

Προς την:

NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ-ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.

Λεωφ.Κηφισίας 81-83

151 24 ΜΑΡΟΥΣΙ

ΤΗΛ.: 210 4173300

Με την παρούσα, σας γνωρίζω ότι, εναντιώνομαι ως προς το περιεχόμενο του υπ'αριθμ. 2227021710 ασφαλιστηρίου, με ημερομηνία έκδοσης 02/11/2023, διότι το περιεχόμενό του παρεκκλίνει από την αίτηση ασφάλισης, που σας υπέβαλα, στα εξής σημεία:

1.
2.
3.
4.
5.

Κατόπιν τούτου, η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη εξ αρχής, ως μηδέποτε γενομένη και ουδεμία ισχύ έχει το πιο πάνω ασφαλιστήριο που μου παραδώσατε.

Επιπλέον, σας δηλώνω ότι:

- α. από την ημέρα σύναψης της ασφάλισης, μέχρι την αποστολή της παρούσας, δεν έχει επέλθει ασφαλιστικό γεγονός, που να εμπίπτει στις παρεχόμενες καλύψεις του ως άνω εκδοθέντος ασφαλιστηρίου και
- β. δεν έχω καμία απαίτηση από την «NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ - ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ ΑΕΑΕ», εκτός της επιστροφής των ασφαλιστρών που έχω καταβάλει.

Τόπος: Ημερομηνία:

Ο/Η Δηλών/ούσα

.....
(ονοματεπώνυμο - υπογραφή)

Σημείωση: Υποβάλλεται με συστημένη επιστολή

Για την NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ-ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.



ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ

(άρθρου 2, παρ. 6, του Ν. 2496/1997)

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Β

Προς την:

NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ-ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.

Λεωφ.Κηφισίας 81-83

151 24 ΜΑΡΟΥΣΙ

ΤΗΛ.: 210 4173300

Με την παρούσα, σας γνωρίζω ότι, εναντιόνομαι ως προς την σύναψη της μεταξύ μας ασφάλισης, δυνάμει του με αριθμ.2227021710 ασφαλιστηρίου, με ημερομηνία έκδοσης 02/11/2023, που μου παραδώσατε, διότι :

1. Δεν μου παραδόθηκαν, κατά τον χρόνο υποβολής της πρότασης για ασφάλιση, οι πληροφορίες που προβλέπονται στο άρθρο 150 του Ν 4364/2016.
2. Δεν μου παραδόθηκαν, με το ασφαλιστήριο, οι Γενικοί και Ειδικό Όροι που διέπουν την ασφαλιστική σύμβαση.

Κατόπιν τούτου, η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη εξ αρχής, ως μηδέποτε γενομένη και ουδεμία ισχύ έχει το πιο πάνω ασφαλιστήριο που μου παραδώσατε.

Επιπλέον, σας δηλώνω ότι:

- α. από την ημέρα σύναψης της ασφάλισης, μέχρι την αποστολή της παρούσας, δεν έχει επέλθει ασφαλιστικό γεγονός, που να εμπίπτει στις παρεχόμενες καλύψεις του ως άνω εκδοθέντος ασφαλιστηρίου και
- β. δεν έχω καμία απαίτηση από την «NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ - ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ ΑΕΑΕ», εκτός της επιστροφής των ασφαλιστρών που έχω καταβάλει.

Τόπος: Ημερομηνία:

Ο/Η Δηλών/ούσα

.....
(ονοματεπώνυμο - υπογραφή)

Σημείωση: Υποβάλλεται με συστημένη επιστολή

Για την NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ-ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.



ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

(άρθρου 8, παρ. 3, του Ν. 2496/1997)

Προς την:

ΝΡ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ-ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.

Λεωφ.Κηφισίας 81-83

151 24 ΜΑΡΟΥΣΙ

ΤΗΛ.: 210 4173300

Σας δηλώνω την υπαναχώρησή μου από την σύναψη της μεταξύ μας ασφάλισης, δυνάμει του με αριθμ.2227021710 ασφαλιστηρίου, με ημερομηνία έκδοσης 02/11/2023, που μου παραδώσατε.

Κατόπιν τούτου, η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη εξ αρχής, ως μηδέποτε γενομένη και ουδεμία ισχύ έχει το πιο πάνω Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο που μου παραδώσατε.

Επιπλέον, σας δηλώνω ότι:

- α. από την ημέρα σύναψης της ασφάλισης, μέχρι την αποστολή της παρούσας, δεν έχει επέλθει ασφαλιστικό γεγονός, που να εμπίπτει στις παρεχόμενες καλύψεις του ως άνω εκδοθέντος ασφαλιστηρίου και
- β. δεν έχω καμία απαίτηση από την «ΝΡ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ - ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ ΑΕΑΕ», εκτός της επιστροφής των ασφαλίσεων που έχω καταβάλει.

Τόπος: Ημερομηνία:

Ο/Η Δηλών/ούσα

.....
(ονοματεπώνυμο - υπογραφή)

Σημείωση: Υποβάλλεται με συστημένη επιστολή

Για την ΝΡ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ-ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.



7943510

ΚΟΥΛΟΥΜΠΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

036500089

ΑΡΓΟΣΤΟΛΙΟΥ

Λ. ΒΕΡΓΩΤΗ

ΑΡΓΟΣΤΟΛΙ-ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑ

ΑΡΓΟΣΤΟΛΙ

28100

2671020120

Α.Δ.Τ.

Αριθμός 10

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

Με την παρούσα δηλώνω ότι, παρέλαβα το παρόν ασφαλιστήριο, με τους συνημμένους σε αυτό Γενικούς και Ειδικούς όρους ασφάλισης, για το περιεχόμενο των οποίων ενημερώθηκα πλήρως και τους οποίους αποδέχομαι ρητά και ανεπιφύλακτα.

Το παρόν ασφαλιστήριο εκδόθηκε σύμφωνα με την ενυπόγραφη αίτησή μου, με την οποία παρέλαβα και το έντυπο γενικών πληροφοριών, το οποίο προβλέπεται από το άρθρο 150 του Ν. 4364/2016.

Ενημερώθηκα επίσης για τα δικαιώματα εναντίωσης και υπαναχώρησης από την ασφαλιστική σύμβαση και παρέλαβα τα σχετικά υποδείγματα.

Τόπος: Ημερομηνία:

Ο/Η Λαβών/ούσα

.....
(ονοματεπώνυμο - υπογραφή)

Για την NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ-ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.



NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ-ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.
ΛΕΩΦ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 81 - 83 - ΜΑΡΟΥΣΙ 15124
ΤΗΛ.210-4173300-ΑΦΜ: 094035800
ΔΟΥ: Φ.Α.Ε. ΑΘΗΝΩΝ

ΚΛΑΔΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
Πρακτορείο 49354
ΑΝΑΞ ΜΟΝ. Α.Ε. ΠΡΑΚΤΟΡΕΥΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

No 7021710

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

ΕΥΡΩ 250,00

Αντίγραφο για τον πελάτη

Αριθμός Ασφαλιστηρίου	2227021710		
Ημερομηνία Έναρξης	31/10/2023	Λήξης	31/10/2024
Ασφαλιζόμενος	ΚΟΥΛΟΥΜΠΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ		
Διεύθυνση	Λ. ΒΕΡΓΩΤΗ 10 ΑΡΓΟΣΤΟΛΙ-ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑ		
(Ποσό Ολογράφως)	ΔΙΑΚΟΣΙΑ ΠΕΝΗΝΤΑ ΕΥΡΩ		

Ημερομηνία 02/11/2023

Ο ΕΙΣΠΡΑΞΑΣ



Για την NP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ-ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.

