

GUID: 0A5BDB79-F045-4984-9869-AFC8245164B5

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. 22.127833	ΑΡ.ΑΝ/ΣΗΣ 22.559189	ΗΜ.ΕΝΑΡΞΗΣ 22/05/2024 12:00 μμ	ΗΜ.ΛΗΞΗΣ 22/05/2025 12:00 μμ	1/12	
-------------------------	------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	------	--

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ: (009-10) INTERBROKERS ΑΕ ΜΕΣ.ΑΣΦ. Α.Φ.Μ.:099358674

Α.Ε.Μ.:55839-ΕΕΘ/600006

ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ: INTERBROKERS Α.Ε.

ΑΜΕΣΟΣ ΔΙΑΝΟΜΕΑΣ:

ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ (ΣΥΜΒ/ΝΟΣ) : ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΕΡΑΘΛΗΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ (535533)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΑΒ ΔΕΚΕΛΕΙΑΣ ΛΕΩΦ.ΤΑΤΟΙΟΥ 136 71 ΑΤΤΙΚΗ

ΑΦΜ/ΑΔΤ. : 090062256/ ΤΗΛ.: 2109649788

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ : ΤΑ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΜΟΣ - ΑΦΜ/ΑΔΤ.:

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
01000 22.00 ΓΕΝΙΚΗ ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	0,00€	0,000	0,00€
09996 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ	30.000,00€	0,000	0,00€
09997 ΥΛΙΚΕΣ ΖΗΜΙΕΣ	15.000,00€	0,000	0,00€
09998 ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	60.000,00€	0,000	0,00€
09999 ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ	80.000,00€	10,870	869,57€
ΣΥΝΟΛΑ	60.000,00€		869,57€

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΡΙΤΩΝ, ΤΩΝ ΕΞΗΝΤΑ (60) ΑΘΛΗΤΩΝ ΤΗΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΓΩΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΠΟΝΗΣΕΩΝ ΕΝΤΟΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΓΙΑ ΤΑ ΑΓΩΝΙΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΙΩΡΟΠΤΕΡΙΣΜΟΥ-ΠΑΡΑΠΕΝΤΕ-ΑΛΕΞΙΠΤΩΤΟΥ ΠΛΑΓΙΑΣ-ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΟ ΑΛΕΞΙΠΤΩΤΟ PARAMOTOR.

ΕΠΙΣΗΣ ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΡΙΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΒΟΗΘΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ, ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΕΝΤΟΛΩΝ ΜΕΣΩ ΑΣΥΡΜΑΤΟΥ ΣΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΥΣ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΩΝ ΕΝΤΟΛΩΝ ΠΟΥ ΔΙΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ.

Η ΚΑΛΥΨΗ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΓΩΝΩΝ, ΠΡΟΠΟΝΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ/ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΩΝ ΕΝΤΟΣ ΕΛΛΑΔΟΣ.

ΕΤΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΤ'ΑΤΟΜΟ:20,00.-ΕΥΡΩ -

Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΒΟΗΘΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ

ΞΕΚΙΝΑΕΙ ΕΦΟΣΟΝ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΕΓΓΡΑΦΩΣ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΕΡΑΘΛΗΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΤΑ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΑΥΤΩΝ.

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.

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
869,57€	173,91€	156,52€	0,00€	0,00€	1.200,00€

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)	869,57 €	173,91 €	156,52 €	0,00 €	0,00 €	1.200,00 €
ΣΥΝΟΛΑ	869,57 €	173,91 €	156,52 €	0,00 €	0,00 €	1.200,00 €

No. Συμβ.: 22.127833/22.559189

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 ασφαλίστρου 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 ασφαλίσεων. 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.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ : 01/05/2024

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 22.127833 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 22.127833 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 22.127833
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