

1. Στοιχεία Ασφαλιζομένου

Όνοματεπώνυμο			
Σύλλογος			
Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.	
Τηλέφωνο	Fax	E-mail	
Διεύθυνση		T.K.	Περιοχή/Πόλη
Ημερομηνία Έναρξης Ασφάλειας		Τρόπος Πληρωμής	ΕΛΑ
Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής			

2. Πρόγραμμα Ασφάλισης (επιλέξτε με X το σχέδιο ασφάλισης που επιθυμείτε)

ΣΧΕΔΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (ποσά σε €)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ετήσιο Όριο ευθύνης	20.000 <input type="checkbox"/>	30.000 <input type="checkbox"/>	50.000 <input type="checkbox"/>	100.000 <input type="checkbox"/>	150.000 <input type="checkbox"/>	200.000 <input type="checkbox"/>	250.000 <input type="checkbox"/>	300.000 <input type="checkbox"/>	500.000 <input type="checkbox"/>
Ετήσιο Ασφάλιστρο	260	407	586	900	1.000	1.067	1.133	1.193	1.507

3. Σημειώσεις σχετικά με την Ασφαλιστική Κάλυψη

- Η απαλλαγή σε όλα τα σχέδια ασφάλισης είναι € 1.500
- Γεωγραφικά Όρια & Δικαιοδοσία: Ελληνική
- Αναδρομική Ισχύς: Η έναρξη της Ασφάλισης
- Εκτεταμένη Περίοδος Αναγγελίας: 5 έτη
- Παρέχεται κάλυψη απώλειας εγγράφων, συκοφαντίας / δυσφήμισης, και απιστίας υπαλλήλων με υπόριο μέχρι και 50% επί του ετήσιου ορίου ευθύνης

4. Προς την INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α.

Επιβεβαιώνω τα κάτωθι:

- Οι ετήσιες αμοιβές μου (ως ελεύθερος επαγγελματίας ή εταιρεία) δεν υπερβαίνουν το ποσό των ΕΥΡΩ 300.000 ετησίως
- Δεν παρέχω ουδεμία υπηρεσία σε χρηματοοικονομικούς οργανισμούς ή / και εταιρείες που είναι εισηγμένες ή διαπραγματεύονται σε οποιοδήποτε χρηματιστήριο
- Δεν παρέχω ουδεμία υπηρεσία που σχετίζεται με συγχωνεύσεις και εξαγορές και πτωχεύσεις / ρευστοποιήσεις
- Είμαι πιστοποιημένος λογιστής / ελεγκτής, διαθέτω την επίσημη απαιτούμενη από τον ελληνικό νόμο επαγγελματική άδεια και παρέχω υπηρεσίες μόνο εντός της Ελληνικής Επικράτειας. Ανήκω σε νόμιμο Σύλλογο Ελλήνων Λογιστών ή Ελεγκτών
- Ουδέποτε έχω υποστεί κυρώσεις από κρατικό φορέα ή επαγγελματικό σωματείο που ουδέποτε έχουν εγερθεί απαιτήσεις εναντίον μου σχετικά με παράβαση επαγγελματικού καθήκοντος ή απάτη. Δεν γνωρίζω οποιαδήποτε περίπτωση ή γεγονός που μπορεί να καταλήξει σε απαίτηση εναντίον μου
- Δεν παρέχω υπηρεσίες με σχέση έμμισθης εργασίας

Η ασφαλιστική κάλυψη θα ισχύει για ένα έτος από την ημερομηνία έναρξης της υπό την προϋπόθεση ότι όλα τα ανωτέρω ισχύουν κατά την ημερομηνία έναρξης της ασφάλισης.

Η ασφαλιστική κάλυψη με τους συγκεκριμένους όρους, απαλλαγές και ασφάλιστρα θα ισχύει μόνο εφόσον ο ασφαλιζόμενος αποδέχεται τα ανωτέρω. Σε περίπτωση απόκλισης από τα ανωτέρω η ασφαλιστική εταιρεία δεν έχει υποχρέωση να παρέχει κάλυψη με τους υφιστάμενους όρους ή σε περίπτωση ζημίας να προβεί σε αποζημίωση. Ο ασφαλιζόμενος οφείλει να δηλώνει πριν την έναρξη της ασφάλισης οποιαδήποτε απόκλιση από τα ανωτέρω και η ασφαλιστική εταιρεία έχει το δικαίωμα να απορρίψει, να δεχθεί ή να δεχθεί με διαφορετικούς όρους την παροχή της κάλυψης.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι έλαβα από την Εταιρία Ενημερωτικό Έντυπο με πληροφορίες του άρθρου 150 του Ν.Δ. 4364/2016. 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 δίνει 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 Προτείνων και Δηλών	Ο Συνεργάτης		Ο Άμεσος Διανομέας	
	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.
(Υπογραφή, Ημερομηνία & Όρα)	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	Α.Ε.Μ.	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	Α.Ε.Μ.