



**ΔΥΝΑΜΙΣ Α.Ε.Γ.Α.**  
ΛΕΩΦ. ΣΥΓΓΡΟΥ 320, 176 73 ΑΘΗΝΑ  
ΤΗΛ.ΚΕΝΤΡΟ: 210-9006900, FAX: 210-9237768, TELEX: 219678 DYNA GR  
e-mail: info@dynamis.gr - http://www.dynamis.gr

**ΔΥΝΑΜΙΣ**  
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ:  
ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ 28 , 546 24 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ  
ΤΗΛ. ΚΕΝΤΡΟ: 2310 – 280155, 276741 , FAX: 2310-288186 , Email:yp.thessaloniki@dynamis.gr

## ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ:

ΚΩΔΙΚΟΣ:

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ:

Έναρξη

Λήξη

Εφάπαξ

2 Εξαμηνιαίες δόσεις

Άλλος τρόπος

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ:

Όνοματεπώνυμο Ασφαλιζόμενου (Συμπληρώστε μόνο εάν είναι διαφορετικό πρόσωπο)

Α.Φ.Μ.

ΔΟΥ

Επάγγελμα

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Οδός

Αριθμός

Τ.Κ.

Πόλη

Τηλέφωνο Εργασίας

Οικίας

Κινητό

e-mail

Τοποθεσία Κινδύνου:

Αντικείμενο Ασφάλισης:

Περιγραφή κινδύνου:

Επιθυμητά όρια Αποζημίωσης

Σωματικές Βλάβες:

Μεμονωμένο Ατύχημα:

Ομαδικό Ατύχημα:

Υλικές Ζημιές:

Για κάθε ένα ατύχημα:

Ανώτατο Όριο Αποζημιώσεως για Σωματικές Βλάβες και Υλικές Ζημιές για όλη τη διάρκεια της ασφάλισης:

Επιθυμείτε κάλυψη για τις πέραν του ΙΚΑ υποχρεώσεις: **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

Ετήσιος κύκλος εργασιών :

Ετήσια μισθοδοσία εργαζομένων:

Συμπληρώστε τυχόν πρόσθετες καλύψεις που επιθυμείτε π.χ. Αστική Ευθύνη από Τροφική Δηλητηρίαση, χρήση πισίνας κλπ.

### Δήλωση

Παρακαλώ να εκδώσετε ασφαλιστήριο με βάση τα παραπάνω στοιχεία τα οποία δηλώνω ότι είναι ακριβή και αληθινά.

Δηλώνω ότι αποδέχομαι την ασφάλιση αυτή σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονται στο ασφαλιστήριο και συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύει αφού προηγουμένως η πρότασή μου γίνει δεκτή από την Εταιρία σας.

Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση από την Εταιρία όλων των προβλεπόμενων από το νόμο πληροφοριών (Ν.400/1970, άρθρο 4, παρ.2, περίπτωση Η), δηλαδή ότι η σύμβαση που θα καταρτιστεί θα διέπεται από το Ελληνικό Δίκαιο, ότι παρέχεται δικαίωμα υποβολής παραπόνων στην Εταιρία η οποία έχει την υποχρέωση να δίνει επεξηγήσεις μέσα σε προθεσμία δεκαπέντε (15) ημερών από της υποβολής του παραπόνου και ότι σε καμία περίπτωση η διαδικασία αυτή δεν αποστερεί το λήπτη της ασφάλισης από τη νόμιμη δικονομική του προστασία.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ