



**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΑΡΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ**

<b>Επωνυμία:</b>	
<b>Α.Φ.Μ Ασφαλισμένου</b>	
<b>Ιδιότητα Διαμεσολάβησης:</b>	<input type="checkbox"/> Ασφαλιστικός Σύμβουλος <input type="checkbox"/> Συντονιστής Ασφαλιστικών Συμβούλων <input type="checkbox"/> Ασφαλιστικός Πράκτορας <input type="checkbox"/> Μεσίτης Ασφαλίσεων
<b>Διεύθυνση/ Έδρα Ασφαλισμένου:</b>	
<b>Ασφαλιστική Εταιρεία:</b>	
<b>Χρονική Περίοδος Ασφάλισης:</b>	Από ..... έως .....
<b>Αριθμός Συμβολαίου:</b>	
<b>Ημερομηνία Αναδρομικής Κάλυψης:</b> <small>(Σημείωση: Σε περίπτωση έναρξης δραστηριότητας σε μεταγενέστερη ημερομηνία, αναδρομική κάλυψη θα δίδεται από την ημερομηνία αυτή ή δεν θα δίδεται καθόλου σε περίπτωση νέου επαγγελματία)</small>	
<b>Παράταση Περιόδου Αναγγελίας Ζημίας:</b>	
<b>Ανώτατα Όρια Ευθύνης:</b> <small>(Σημείωση: Η ασφαλιστική σύμβαση μπορεί να προβλέπει μεγαλύτερα ανώτατα όρια ευθύνης από αυτά που προβλέπει ο νόμος και ισχύουν για κάθε ιδιότητα διαμεσολάβησης ξεχωριστά)</small>	
<b>Απαλλαγή:</b> <small>(Σημείωση: Η ασφαλιστική σύμβαση μπορεί να προβλέπει μικρότερη απαλλαγή από αυτήν που ορίζει ο νόμος η/και καθόλου απαλλαγή).</small>	Ευρώ..... ανά ζημία ( ή απαίτηση), σύμφωνα με τους όρους της ασφαλιστικής σύμβασης.
<b>Γεωγραφικά Όρια:</b>	Ευρωπαϊκή Ένωση και Ε.Ο.Χ
<b>Εφαρμοστέο Δίκαιο:</b>	Ελληνικό

Θεωρήθηκε το γνήσιο της υπογραφής  
του/της.....  
.....

**Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ**

**ΤΑΜΒΑΚΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

Ημερομηνία: ...../...../20...

Ο – Η Υπεύθυνα Δηλ.

(Υπογραφή)