



ΟΡΙΖΩΝ
Ασφαλιστική

ΟΡΙΖΩΝ Α.Ε.Γ.Α Λεωφόρος Αμαλίας 26α, 105 57, Αθήνα
Τηλ: +30 210 32 27 932-6, FAX: +30 210 32 25 540
Α.Φ.Μ: 094019480, Δ.Ο.Υ: ΜΕΓΑΛΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

Ο υπογράφων / υπογράφουσα
δηλώνω ότι παρέλαβα το υπ' αριθμόν ασφαλιστήριο της
ΟΡΙΖΩΝ Α.Ε.Γ.Α μαζί με τα ακόλουθα ασφαλιστικά έγγραφα:

1	Τους Γενικούς και Ειδικούς όρους που διέπουν την ασφαλιστική σύμβαση
2	Δήλωση Εναντίωσης του άρθρου 2 παρ. 5 του Ν.2496/1997
3	Δήλωση Εναντίωσης του άρθρου 2 παρ. 6 του Ν.2496/1997
4	Έντυπο Δήλωσης Τροχαίου Ατυχήματος του άρθρου 13 της Απόφασης 3/5/26-1-2011 της ΕΠΑΘ/Ττε
5	Έντυπο Αίτησης Αποζημίωσης του άρθρου 13 της Απόφασης 3/5/26-1-2011 της ΕΠΑΘ/Ττε
6	Συνοπτική μνεία απόφασης 3/5/26.01.2011 της ΕΠΑΘ / Ττε

Επίσης δηλώνω ότι πριν την κατάρτιση της συμβάσεως ασφαλίσεως μου γνωστοποιήθηκε ότι το εφαρμοστέο δίκαιο που διέπει την σύμβαση είναι το Ελληνικό, ότι η έδρα της Εταιρείας βρίσκεται στην Αθήνα (10557) Λεωφ.Αμαλίας 26Α, καθώς και ο τρόπος και χρόνος διευθέτησης των εγγράφων, αιτημάτων και παραπόνων, σύμφωνα με το άρθρο 4 παρ.2 περίπτωση Η του Ν.Δ 400/1970.

Τέλος, γνωρίζω και αποδέχομαι ότι όσα δήλωσα με την πρόταση ασφάλισης θα τηρούνται από την Εταιρεία σύμφωνα με το Νόμο 24/1972 περί δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

ΤΟΠΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....

..... / /

.....