



ΑΙΤΗΣΗ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

1. Συμβαλλόμενος

Οδός..... Συνοικία ή Τ.Κ.....

Πόλη..... Τηλέφωνο.....

Είδος επιχείρησης Α.Φ.Μ.....

2. Ασφαλισμένοι: Οι εργαζόμενοι στην επιχείρηση ως κατάσταση.

3. Αρμόδιος για την ασφάλιση τηλ.....

4. Γενικός Διευθυντής.....

5. Οικονομικός Διευθυντής.....

Επιθυμούμε την Ασφάλιση του προσωπικού με βάση τις καλύψεις

του Σχεδίου.....ή της απόπροσφοράς.

Τρόπος πληρωμής ασφαλίσεων (δότη).....

Έναρξη ασφάλισης.....

Ιδιαίτερα αιτήματα.....

Τροποποιήσεις.....

Συμμετοχή εργαζομένων στο κόστος της ασφάλισης ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, εξηγήστε τον τρόπο:

Υπεύθυνος Διαχείρισης Αποζημιώσεων.....

Τηλ.....e-mail.....

Εφαρμοστέο Δίκαιο/Αρμόδια Δικαστήρια: Αρμόδια για την εκδίκαση οποιασδήποτε διαφοράς που μπορεί να προκύψει μεταξύ του Συμβαλλομένου ή/και του Ασφαλισμένου και της ασφαλιστικής εταιρίας «Groupama Φοίνιξ Α.Ε.Α.Ε.» σε σχέση με την ασφάλιση είναι τα Δικαστήρια της Αθήνας.

Με το παρόν ο Συμβαλλόμενος δηλώνει ότι:

- (1) Έχει τη συγκατάθεση να διατηρεί σε αρχείο, να επεξεργάζεται και να διαβιβάζει τα προσωπικά δεδομένα ειδικών κατηγοριών - ευαίσθητα και μη – των εργαζομένων του, που θα περιέλθουν σε αυτόν κατά την διάρκεια της εργασιακής τους σχέσης. Η τήρηση και επεξεργασία του αρχείου προσωπικών δεδομένων εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής του Κανονισμού 679/2016 ΕΕ, καθώς και των λοιπών Κανονισμών και Νόμων που εκάστοτε ισχύουν για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και διενεργείται σύμφωνα με τους όρους και τις διατάξεις των ανωτέρω σχετικών Κανονισμών και Νόμων.
- (2) Έλαβε γνώση για:
 - i. τις πληροφορίες για τη Grouama Ασφαλιστική προς το Συμβαλλόμενο (των άρθρων 150 & 152 του Ν.4364/2016)
 - ii. το Έγγραφο Πληροφοριών, το οποίο αφορά την προς σύναψη ασφάλιση
 - iii. το Έντυπο Διερεύνησης Αναγκών
 - iv. τα στοιχεία ασφαλιστικής διαμεσολάβησης
 - v. το Έντυπο Συμβουλής
- (3) Αναλαμβάνει την υποχρέωση της ενημέρωσης των Ασφαλισμένων σχετικά με το πρόγραμμα ομαδικής ασφάλισης με βάση το υλικό που παρέχεται από την ασφαλιστική εταιρία «Grouama Φοίνιξ Α.Ε.Α.Ε.».

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή Συνεργάτη

Υπογραφή & Σφραγίδα Συμβαλλομένου

Κωδικός

Υποκατάστημα