



Αριθμός Συμβολαίου
Group policy number

Συμβαλλόμενη Εταιρεία
Policyholder name

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλισμένου – Main insured member details

<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Όνομα – Name										Επίθετο – Surname									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Όνομα Πατρός – Father's name										Ημερομηνία γέννησης – Date of birth									
<input type="text"/>																			
Διεύθυνση – Home address																			
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Α.Φ.Μ. – Tax ID										Τηλέφωνο / Κινητό – Contact number / Mobile									
<input type="text"/>																			
Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο – Email																			

G	R	-																	
----------	----------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN Τραπεζικού λογαριασμού – IBAN Bank account

Δήλωση Εξαρτώμενων Μελών – Dependent's members details

Όνοματεπώνυμο Name & Surname	Ημερ.Γέννησης Date of birth	Σχέση Relation
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ορισμός Δικαιούχων – Beneficiary's details

Όνοματεπώνυμο Name & Surname	Ημερ.Γέννησης Date of birth	Σχέση Relation	Ποσοστό % Percentage %
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- (1) Σε περίπτωση θανάτου κάποιου από τους παραπάνω δικαιούχους μου πριν από μένα, το μερίδιο που θα περιέλθει στους επιζώντες δικαιούχους ή δικαιούχο κατ' αναλογία μεριδίου τους ή σε περίπτωση που δεν υπάρχει δικαιούχος στους νόμιμους κληρονόμους μου, Διατηρώ το δικαίωμα να αλλάξω οποιονδήποτε από τους πιο πάνω δικαιούχους.
 (2) Με την παρούσα εξουσιοδοτώ τον εργοδότη μου, να παρακρατεί από τις Μηνιαίες Αποδοχές μου και να καταβάλει για λογαριασμό μου στην Groupama Φοίνιξ Α.Ε.Α.Ε., το ποσό συμμετοχής στα ασφάλιστρα, εφόσον προβλέπεται από το συμβόλαιο Ομαδικής Ασφάλισης, που αναλογεί για την κάλυψη την δική μου ή και των εξαρτωμένων μελών της οικογένειάς μου.
 (3) Με την παρούσα εξουσιοδοτώ την Groupama Φοίνιξ Α.Ε.Α.Ε., να καταβάλει στον τραπεζικό λογαριασμό μισθοδοσίας μου, που έχει δηλωθεί για την παρούσα ομαδική ασφάλιση, τα ποσά αποζημίωσης που προβλέπονται από το Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο και αναλογούν στην κάλυψη την δική μου ή/και των εξαρτωμένων μελών της οικογένειάς μου.
 (4) Έχω ενημερωθεί και συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από την Groupama Φοίνιξ Α.Ε.Α.Ε., όπως αυτή προβλέπεται στο ενημερωτικό κείμενο σχετικά με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που βρήκα στην ιστοσελίδα της : <https://www.groupama.gr/Eidikes-selides/Proswpika-Dedomena>

Ημερομηνία :
Date

Υπογραφή κυρίως ασφαλισμένου
Main insured member signature