

Αριθμός Αίτησης:
Αριθμός Προσφοράς:
Αριθμός Ασφαλιστηρίου:

Health Keeper

Αίτηση Ασφαλιστικής Κάλυψης

Health *Keeper*

Στοιχεία Συνεργάτη

Γραφείο Πώλησης:
Επώνυμο:

Κωδικός Συνεργάτη: _____ Υποκωδικός: _____
Όνομα:

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης

Άνδρας Γυναίκα Εταιρία Σχέση με τον ασφαλ.:
Επώνυμο: Όνομα:
Ημερ. γέννησης: Υπηκοότητα:
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: Αρχή Έκδοσης:
Α.Φ.Μ.: Α.Μ.Κ.Α.:
Κύριο επάγγελμα:

Κωδικός Πελάτη: _____
Όνομα πατρός:
Ημερ. Έκδοσης:

Διεύθυνση

Οδός: κατοικίας εργασίας
Τηλ: Αριθμός: Τ.Κ.: Πόλη:
Fax: e-mail:

Αριθμός IBAN*:

* Παρέχεται η δυνατότητα αυτόματης πίστωσης του τραπεζικού σας λογαριασμού, συμπεριλαμβανομένης της καταβολής αποζημίωσης μέχρι 3.000,00 €

Στοιχεία Ασφαλισμένου

Ο ίδιος Άνδρας Γυναίκα
Επώνυμο: Όνομα:
Ημερ. γέννησης: Υπηκοότητα:
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: Αρχή Έκδοσης:
Α.Φ.Μ.: Α.Μ.Κ.Α.:
Κύριο επάγγελμα:

Κωδικός Πελάτη: _____
Όνομα πατρός:
Ημερ. Έκδοσης:

Διεύθυνση

Οδός: κατοικίας εργασίας
Τηλ: Αριθμός: Τ.Κ.: Πόλη:
Fax: e-mail:

Αριθμός IBAN*:

* Παρέχεται η δυνατότητα αυτόματης πίστωσης του τραπεζικού σας λογαριασμού, συμπεριλαμβανομένης της καταβολής αποζημίωσης μέχρι 3.000,00 €

Πληρωμή Ασφαλιστρου

Συχνότητα Πληρωμής Ασφαλιστρου:

Ετήσια Εξάμηνη

Τρόποι Πληρωμής Ασφαλιστρου:

Η Εταιρία παρέχει την δυνατότητα εξόφλησης του ασφαλιστρου σας με αυτόματη χρέωση της πιστωτικής σας κάρτας ή με πάγια εντολή στον τραπεζικό σας λογαριασμό, εφόσον η τράπεζα που επιλέγετε συμμετέχει στο διατραπεζικό σύστημα ΔΙΑΣ. Για να ενεργοποιήσετε τη δυνατότητα αυτή, παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα πιο κάτω πεδία:

Α) Αυτόματη χρέωση της πιστωτικής κάρτας
Είδος πιστωτικής κάρτας: VISA MASTERCARD
Εξόφληση σε: 12 Άτοκες δόσεις
Αριθ. πιστωτικής κάρτας: _____ Ημερ. Λήξης: _____
(Ο πελάτης αποδέχεται και αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενημερώσει την Εταιρία γραπτά, για κάθε αλλαγή στην περίοδο ισχύος της πιστωτικής κάρτας ή στον αριθμό αυτής).

Β) Πάγια εντολή χρέωσης τραπεζικού λογαριασμού (απαιτείται η συμπλήρωση του συνημμένου εντύπου)
Επωνυμία Τράπεζας:
Αριθμός IBAN*: _____

* Παρέχεται η δυνατότητα αυτόματης πίστωσης του τραπεζικού σας λογαριασμού, συμπεριλαμβανομένης της καταβολής αποζημίωσης μέχρι 3.000,00 €

Γενικές Πληροφορίες - Δήλωση Ασφαλισμένου

Οι υπογράφωντες, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε αυτούς περιστατικών που είναι ουσιώδη για τη σύναψη αυτής της ασφάλισης, δηλώνουμε ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα αίτηση και αφορούν στο πρόσωπό μου ή στα πρόσωπά μας, καθώς και στην υγεία των υποψηφίων για ασφάλιση είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιεσδήποτε παραλείψεις και μεταβολές, αποδεχόμεστε δε ότι θα αποτελέσουν τη βάση για το υπό έκδοση Ασφαλιστήριο και την αντιμετώπιση ασφαλιστικής περίπτωσης. Οι παραπάνω δηλώσεις μου ισχύουν και για κάθε Πρόσθετη Πράξη, εκτός εάν τροποποιηθούν με έγγραφό μου, το περιεχόμενο του οποίου θα γίνει αποδεκτό από την Εταιρία.

Η Εταιρία Generali Hellas A.A.E. ως «Υπεύθυνος Επεξεργασίας» έχει ενημερώσει τους υπογράφωντες πριν την υποβολή της παρούσας, τόσο προφορικά όσο και με ανακοινώσεις και ενημερωτικά φυλλάδια ότι τα προσωπικά τους δεδομένα που περιλαμβάνονται στην παρούσα καθώς και άλλα προσωπικά δεδομένα που έχει συλλέξει με τη συνδρομή τους ή θα δημιουργηθούν μετά την υπογραφή της παρούσας θα αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας ή και από τρίτους που εκτελούν την επεξεργασία κατ' εντολή και για λογαριασμό της ως εξής:

Σκοπός επεξεργασίας:

- α) εξυπηρέτηση, υποστήριξη και παρακολούθηση των συμβατικών σχέσεων που δημιουργούνται με την υπογραφή της ασφαλιστικής σύμβασης,
- β) προώθηση των συμφερόντων του Υπεύθυνου Επεξεργασίας και εκπλήρωση των σχετικών υποχρεώσεων του.

Αποδέκτες των δεδομένων:

- α) ο ανωτέρω αναφερόμενος Υπεύθυνος Επεξεργασίας ή / και οποιοσδήποτε άλλος συνεργαζόμενος με αυτόν φορέας που τυχόν αναλάβει την επεξεργασία των στοιχείων σε ηλεκτρονικό ή μη αρχείο δεδομένων με σκοπό την υποστήριξη της λειτουργίας του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου,
- β) τρίτοι, όπως εταιρίες είσπραξης απαιτήσεων, δικηγόροι, συμβολαιογράφοι και δικαστικοί επιμελητές στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους, με σκοπό την εξώδικη ή δικαστική είσπραξη των από την παρούσα απαιτήσεων του Υπεύθυνου Επεξεργασίας ή άλλη παρόμοια δραστηριότητα.

Σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου, οι υπογράφωντες την παρούσα δίνουν ανέκκλητη ειδική εντολή και πληρεξουσιότητα, η οποία ισχύει και στην περίπτωση θανάτου αυτών, στην Generali Hellas A.A.E., να αναζητεί και να λαμβάνει κάθε πληροφορία ή ιστορικό από τους γιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που τους περιέθαλψαν υγειονομικά και να διενεργεί κάθε απαραίτητη έρευνα. Επίσης οι υπογράφωντες παρέχουν με την παρούσα την εντολή στους πιο πάνω γιατρούς και Νοσηλευτικά Ιδρύματα να δίνουν γραπτά ή προφορικά στοιχεία που θα ζητήσει η Εταιρία.

Σε περίπτωση που ο ίδιος ο υποψήφιος προς ασφάλιση ή κάποιο από τα εξαρτώμενα μέλη ασφαλισθεί σε άλλη Ασφαλιστική Εταιρία με παροχές ίδιες ή παρόμοιες με αυτές του/των Ασφαλιστηρίου/ων μας στην Εταιρία, δηλώνουμε υπεύθυνα ότι θα ενημερώσουμε εγγράφως την Εταιρία.

Οι υπογράφωντες επίσης αποδέχονται ότι:

- α) Η Εταιρία έχει το δικαίωμα να απορρίψει την παρούσα αίτηση χωρίς υποχρέωση γνωστοποίησης των λόγων απόρριψης στον αιτούντα.
- β) Η Εταιρία έχει το δικαίωμα να δεχθεί την παρούσα αίτηση για ασφάλιση με διαφορετικούς όρους από τους αιτούμενους εάν εκτιμήσει τους σχετικούς κινδύνους ως μη συνηθισμένους χωρίς υποχρέωση αιτιολόγησης της απόφασής της.
- γ) Η ισχύς του Ασφαλιστηρίου θα αρχίσει μόνο μετά την παράδοσή του στον Συμβαλλόμενο και την πληρωμή του πρώτου ασφαλιστρού ή της πρώτης δόσης και εφόσον η κατάσταση της υγείας των υποψηφίων προς ασφάλιση και οι συνθήκες ασφαλισιμότητάς τους θα παραμένουν μέχρι την εξόφληση της πρώτης δόσης του ασφαλιστρού όπως έχουν δηλωθεί στην παρούσα αίτηση.

Δήλωση Συμβαλλόμενου

Δηλώνω ότι έλαβα από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή ενημερωτικό έντυπο της Εταιρίας σας με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 4, παρ. 3, περ. Δ' του Ν.Δ. 400/70, όπως ισχύει.

Τόπος:

Ημερομηνία:

Υπογραφή Ασφαλισμένου ή
κηδεμόνα του τέκνου προς ασφάλιση

Υπογραφή
Συμβαλλόμενου

Υπογραφή Συζύγου Ασφαλισμένου
(Εφόσον προτείνεται για ασφάλιση)

Έκθεση Διαμεσολαβητή

1. Πώς έγινε η προσέγγιση του υποψήφιου προς ασφάλιση; Σύσταση Συγγενής / Φίλος Άγνωστος
2. Γνωρίζετε προσωπικά τον/τους υποψήφιο/ους προς ασφάλιση; Ναι Όχι
3. Ο Συμβαλλόμενος είναι πελάτης άλλων Ασφαλιστικών Εταιριών Ζωής ή Ζημιών; Ναι Όχι
4. Έχετε πληροφορίες που μπορεί να επηρεάσουν την ασφαλισιμότητα του υποψήφιου προς ασφάλιση σχετικά με την υγεία, την κοινωνική υπόσταση ή την επαγγελματική τους κατάσταση;

5. Τα προϋπολογιζόμενα ασφαλίστρα υπερβαίνουν τα 1.000,00€; Ναι Όχι
Εάν ΝΑΙ, επισυνάπτεται φωτοαντίγραφο του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας (και των δύο όψεων) του Συμβαλλομένου.

Υπεύθυνη Δήλωση Διαμεσολαβητή

- A. Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις, αληθείς και ότι στην αίτηση αυτή έχουν καταγραφεί με ακρίβεια και υπογραφεί ενώπιόν μου όλα όσα δήλωσαν τα πρόσωπα που επιθυμούν την ασφάλιση και ο Συμβαλλόμενος, των οποίων βεβαιώνω την ταυτότητα και δεν γνωρίζω οτιδήποτε επιπλέον που θα μπορούσε να επηρεάσει την απόφαση της Εταιρίας για το σωστό υπολογισμό και εκτίμηση του κινδύνου που πρόκειται να αναλάβει.
- B. Δηλώνω επίσης ότι παρέδωσα στον Συμβαλλόμενο το ενημερωτικό έντυπο της Εταιρίας μας με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το Άρθρο 4, παρ. 3, περ. Δ' του Ν.Δ. 400/70, όπως ισχύει.

Τόπος:

Ημερομηνία:

Όνοματεπώνυμο Διαμεσολαβητή:

Υπογραφή: _____

Έλεγχος του Προϊσταμένου του Διαμεσολαβητή

Έχω διαβάσει και ελέγξει την ορθή συμπλήρωση της παρούσας αίτησης.

Τόπος:

Ημερομηνία:

Όνοματεπώνυμο Προϊσταμένου του Διαμεσολαβητή:

Υπογραφή: _____



GENERALI

Μέλος του Ομίλου Generali εγγεγραμμένη στο Μητρώο Ασφαλιστικών Ομίλων
Κεντρικά Γραφεία: Ηλία Ηλιού 35-37 & Πυθέου - 11743 Αθήνα - Τηλ: 18112 - Φαξ: 210 80 96 367 - www.generaligr
Κεντρικά Γραφεία Β. Ελλάδος: Κουντουριώτου 11 - 54625 Θεσσαλονίκη - Τηλ.: 18112 - Φαξ: 2310 552 282

ΠΑΓΙΑ ΕΝΤΟΛΗ

Χρέωση Τραπεζικού Λογαριασμού

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΤΟΛΗΣ ΑΜΕΣΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ ΑΠΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Στοιχεία Εντολής

Κωδικός Ανάθεσης Εντολής:

Αριθ. Αναφοράς:

Στοιχεία Δικαιούχου Τραπεζικού Λογαριασμού - Εντολής*

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Τηλέφωνο Επικοινωνίας:

Αριθμός Ασφαλιστηρίου:

Τύπος Πιστοποιητικού: Διαβατήριο Αστυνομική Ταυτότητα

Αριθμός Πιστοποιητικού:

Ημερ. Έκδοσης:

Εκδούσα Αρχή:

Επωνυμία Τράπεζας:

Επωνυμία εργοδότη:

Αριθμός IBAN*:

* Παρέχεται η δυνατότητα αυτόματης πίστωσης του τραπεζικού σας λογαριασμού, συμπεριλαμβανομένης της καταβολής αποζημίωσης μέχρι 3.000,00 €

Δικαιολογητικά

Παρουσιάστηκαν όλα τα πρωτότυπα δικαιολογητικά: (α) Ταυτότητα ή Διαβατήριο και (β) Βιβλιάριο ή πρόσφατο αντίγραφο μηνιαίου τραπεζικού λογαριασμού (προαιρετικά) ώστε να συμπληρωθούν τα στοιχεία του Δικαιούχου του Τραπεζικού λογαριασμού (Εντολέα).

Δήλωση Δικαιούχου (Εντολέα)

Επιθυμώ, κατόπιν συμφωνίας με τον Οφειλέτη, εφόσον αυτός είναι τρίτο πρόσωπο, την ενεργοποίηση της Πάγιας Εντολής Χρέωσης του Τραπεζικού μου Λογαριασμού για την εξόφληση των οφειλών του ασφαλιστηρίου μου προς την εταιρία για το συγκεκριμένο κωδικό άμεσης χρέωσης που δηλώθηκε παραπάνω και αποδέχομαι τους Όρους Εντολής Άμεσης Χρέωσης (Πάγια εντολή χρέωσης τραπεζικού λογαριασμού).

Τόπος Εντολής

Ημερομηνία Εντολής

Υπογραφή Δικαιούχου Τραπεζικού Λογαριασμού

Βεβαιώνω ότι ο Δικαιούχος του Τραπεζικού Λογαριασμού (Εντολέας) υπέγραψε ενώπιόν μου, αφού μου επέδειξε τα πρωτότυπα προαναφερόμενα έγγραφα.

Υπογραφή για την Εταιρία

Ημερομηνία

* Παρακαλείται ο εκπρόσωπος της Εταιρίας να υπενθυμίζει στον Εντολέα ότι απόκλιση των στοιχείων που εμφανίζονται από τα στοιχεία που τηρεί η Τράπεζα είναι δυνατόν να οδηγήσει σε απόρριψη της Εντολής από την Τράπεζα.

Όροι Εντολής Ανάθεσης Άμεσης Χρέωσης (Πάγιας Εντολής)

Ο υπογράφων την παρούσα πάγια εντολή ανάθεσης άμεσης χρέωσης, ως εντολέας και ως δικαιούχος ή συνδικαιούχος του τραπεζικού λογαριασμού καταθέσεων, που έχω δηλώσει στα στοιχεία της αίτησης, αποδέχομαι ρητά και ανεπιφύλακτα τους εξής όρους:

1. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ αποδέχεται την εξόφληση των οφειλών ασφαλιστρων, με αυτόματη χρέωση του αναγραφόμενου τραπεζικού λογαριασμού του, που διενεργείται μετά από εντολή της Εταιρίας και ο τραπεζικός λογαριασμός του ΕΝΤΟΛΕΑ θα χρεώνεται με το ποσό κάθε οφειλής ασφαλιστρων και με τυχόν επιβάρυνση της συναλλαγής σύμφωνα με την εφαρμοζόμενη τιμολογιακή πολιτική της ΤΡΑΠΕΖΑΣ του ΕΝΤΟΛΕΑ.
2. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ διατηρεί το δικαίωμα να ανακαλέσει οποτεδήποτε την παρούσα πάγια εντολή. Η ανάκληση της πάγιας εντολής υποβάλλεται από τον ΕΝΤΟΛΕΑ αποκλειστικά στην ΤΡΑΠΕΖΑ.
3. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ διατηρεί το δικαίωμα να αντικαταστήσει την παρούσα πάγια εντολή με νέα που θα εκδοθεί όπως η παρούσα. Με την αποδοχή της νέας πάγιας εντολής από την ΤΡΑΠΕΖΑ θεωρείται αυτόματα ανακληθείσα η παλαιότερη πάγια εντολή.
4. Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων του ΕΝΤΟΛΕΑ και ΟΦΕΙΛΕΤΗ από την Εταιρία, τη ΔΙΑΣ Α.Ε. και την ΤΡΑΠΕΖΑ γίνεται αποκλειστικά για το σκοπό της παρούσας πάγιας εντολής και σύμφωνα με την οικεία νομοθεσία
5. Η πάγια εντολή απευθύνεται στην Τράπεζα, διαβιβάζεται σε αυτήν από την Εταιρία μέσω του συστήματος DIASDEBIT και ενεργοποιείται μόνο μετά από έγκριση της ΤΡΑΠΕΖΑΣ.
6. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ αποδέχεται ανεπιφύλακτα τους όρους της ΤΡΑΠΕΖΑΣ για ανάθεση πάγιας εντολής για εξόφληση της οφειλής ασφαλιστρων με χρέωση του τραπεζικού λογαριασμού του.
7. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ ενημερώθηκε από την Εταιρία για την υποχρέωσή του όπως ενημερώνεται από την Τράπεζά του για τυχόν χρεώσεις που αφορούν προμήθειες ή/και τραπεζικά δικαιώματα ή/και έξοδα ή και τυχόν άλλες επιβαρύνσεις που βαρύνουν την εκτέλεση συναλλαγής πληρωμής ασφαλιστρων μέσω της πάγιας εντολής, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα τιμολογιακή πολιτική της ΤΡΑΠΕΖΑΣ του.



Μέλος του Ομίλου Generali εγγεγραμμένη στο Μητρώο Ασφαλιστικών Ομίλων

Κεντρικά Γραφεία: Ηλία Ηλιού 35-37 & Πυθέου - 11743 Αθήνα - Τηλ: 18112 - Φαξ: 210 80 96 367 - www.generali.gr

Κεντρικά Γραφεία Β. Ελλάδος: Κουντουριώτου 11 - 54625 Θεσσαλονίκη - Τηλ.: 18112 - Φαξ: 2310 552 282