

Αριθμός Αίτησης:
Αριθμός Προσφοράς:
Αριθμός Ασφαλιστηρίου:

MEDICAL EASY

Αίτηση Ασφαλιστικής Κάλυψης

Medical *easy*

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: Επωνυμία εργοδότη:
Αναλυτική περιγραφή επαγγέλματος:
Δευτερεύον επάγγελμα: (Εάν υπάρχει)

Κωδικός Πελάτη: _____
Όνομα πατρός:
Οικογενειακή κατάσταση:
Ημερ. Έκδοσης:

Διεύθυνση

κατοικίας εργασίας
Οδός: Αριθμός: Τ.Κ.: Πόλη:
Τηλ: 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: Επωνυμία εργοδότη:
Αναλυτική περιγραφή επαγγέλματος:
Δευτερεύον επάγγελμα: (Εάν υπάρχει)

Κωδικός Πελάτη: _____
Όνομα πατρός:
Οικογενειακή κατάσταση:
Ημερ. Έκδοσης:

Διεύθυνση

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

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

Εξαρτώμενα μέλη (εάν προτείνονται για ασφάλιση)

Στοιχεία συζύγου

Επώνυμο:
Ημερ. γέννησης:
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Α.Μ.Κ.Α.:
Όνομα:
Επάγγελμα:
Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____
Όνομα πατρός:

Στοιχεία τέκνων

1. Άνδρας
Επώνυμο:

Γυναίκα
Όνομα:

Α.Μ.Κ.Α.:
Όνομα πατρός:

Κωδικός Πελάτη: _____
Ημερ. γέννησης:

2. Άνδρας
Επώνυμο:

Γυναίκα
Όνομα:

Α.Μ.Κ.Α.:
Όνομα πατρός:

Κωδικός Πελάτη: _____
Ημερ. γέννησης:

3. Άνδρας
Επώνυμο:

Γυναίκα
Όνομα:

Α.Μ.Κ.Α.:
Όνομα πατρός:

Κωδικός Πελάτη: _____
Ημερ. γέννησης:

4. Άνδρας
Επώνυμο:

Γυναίκα
Όνομα:

Α.Μ.Κ.Α.:
Όνομα πατρός:

Κωδικός Πελάτη: _____
Ημερ. γέννησης:

Προτεινόμενες Ώρες Επικοινωνίας (από 8:00 έως 20:00)

Δευτέρα από: _____ έως: _____

Τρίτη από: _____ έως: _____

Τετάρτη από: _____ έως: _____

Πέμπτη από: _____ έως: _____

Παρασκευή από: _____ έως: _____

Ειδικά Αιτήματα

Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Περιθαλψης

Νοσοκομειακό Πρόγραμμα Medical Easy Ετήσιας Διάρκειας

	Ποσό Συμμετοχής 500,00€	Ανά Έτος και Ανά Περιστατικό	Θέση Νοσηλείας
Ασφαλισμένος			
Σύζυγος			
Εξαρτώμενο Τέκνο 1			
Εξαρτώμενο Τέκνο 2			
Εξαρτώμενο Τέκνο 3			
Εξαρτώμενο Τέκνο 4			

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, αποδεχόμαστε δε ότι θα αποτελέσουν τη βάση για το υπό έκδοση Ασφαλιστήριο και την αντιμετώπιση ασφαλιστικής περίπτωσης. Οι παραπάνω δηλώσεις μας ισχύουν και για κάθε Πρόσθετη Πράξη, εκτός εάν τροποποιηθούν με έγγραφό μας, το περιεχόμενο του οποίου θα γίνει αποδεκτό από την Εταιρία.

Η Εταιρία Generali ως «Υπεύθυνος Επεξεργασίας» έχει ενημερώσει τους υπογράφοντες 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) προάσπιση των συμφερόντων του Υπεύθυνου Επεξεργασίας και εκπλήρωση των σχετικών υποχρεώσεών 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 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 συναινούν και 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 συναινούν και 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/ών μας στην Generali, δηλώνουμε υπεύθυνα ότι θα ενημερώσουμε γραπτά την Generali.

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 ασφάλιστρα 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: _____

Πληρωμή Ασφαλίστρου

Συχνότητα Πληρωμής Ασφαλίστρου:

Ετήσια Εξάμηνη Μηνιαία*

*μόνο μέσω πάγιας εντολής χρέωσης τραπεζικού λογαριασμού ή μέσω πιστωτικής κάρτας

Τρόποι Πληρωμής Ασφαλίστρου:

Η Εταιρία παρέχει την δυνατότητα εξόφλησης του ασφαλίστρου 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

Σε περίπτωση ετήσιας πληρωμής:

12 Άτοκες δόσεις

Αριθ. πιστωτικής κάρτας: _____ Ημερ. λήξης: _____

(Ο πελάτης αποδέχεται και αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενημερώνει 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 €



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.generali.gr

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