

Αριθμός Αίτησης: _____
Αριθμός Προσφοράς: _____
Αριθμός Ασφαλιστηρίου: _____

ΥΓΕΙΑ

Αίτηση Ασφαλιστικής Κάλυψης

Medical *prime*

Στοιχεία Συνεργάτη

Γραφείο Πώλησης: _____ Κωδικός Συνεργάτη: _____ Υποκωδικός: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης

Άνδρας Γυναίκα Εταιρία Σχέση με τον ασφαλ.: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____
Ημερ. γέννησης: _____ Υπηκοότητα: _____ Οικογενειακή κατάσταση: _____
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Αρχή Έκδοσης: _____ Ημερ. Έκδοσης: _____
Α.Φ.Μ.: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
Κύριο επάγγελμα: _____ Επωνυμία εργοδότη: _____
Αναλυτική περιγραφή επαγγέλματος: _____
Δευτερεύον επάγγελμα: (Εάν υπάρχει) _____

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 Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____
Ημερ. γέννησης: _____ Υπηκοότητα: _____ Οικογενειακή κατάσταση: _____
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Αρχή Έκδοσης: _____ Ημερ. Έκδοσης: _____
Α.Φ.Μ.: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
Κύριο επάγγελμα: _____ Επωνυμία εργοδότη: _____
Αναλυτική περιγραφή επαγγέλματος: _____
Δευτερεύον επάγγελμα: (Εάν υπάρχει) _____

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 €

Δικαιούχοι σε περίπτωση θανάτου του Ασφαλισμένου

Οι νόμιμοι κληρονόμοι %: _____ Άλλοι δικαιούχοι

Ποσοστό %: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____
Ημερ. γέννησης: _____ Σχέση με τον ασφαλισμένο: _____
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Α.Φ.Μ.: _____

Ποσοστό %: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____
Ημερ. γέννησης: _____ Σχέση με τον ασφαλισμένο: _____
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Α.Φ.Μ.: _____

Ποσοστό %: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____
Ημερ. γέννησης: _____ Σχέση με τον ασφαλισμένο: _____
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Α.Φ.Μ.: _____

Εξαρτώμενα μέλη (εάν προτείνονται για ασφάλιση)

Στοιχεία συζύγου

Α.Μ.Κ.Α.: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____
Ημερ. γέννησης: _____ Επάγγελμα: _____
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Α.Φ.Μ.: _____

Στοιχεία τέκνων

1. Άνδρας Γυναίκα Α.Μ.Κ.Α.: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____ Ημερ. γέννησης: _____

2. Άνδρας Γυναίκα Α.Μ.Κ.Α.: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____ Ημερ. γέννησης: _____

3. Άνδρας Γυναίκα Α.Μ.Κ.Α.: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____ Ημερ. γέννησης: _____

4. Άνδρας Γυναίκα Α.Μ.Κ.Α.: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____ Ημερ. γέννησης: _____

A. Ερωτηματολόγιο Υγείας Αίτησης Ασφάλισης

		Ναι						Όχι							
		ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	ΕΙΣΑΡΤΩΜΕΝΟ ΤΕΚΝΟ 1	ΕΙΣΑΡΤΩΜΕΝΟ ΤΕΚΝΟ 2	ΕΙΣΑΡΤΩΜΕΝΟ ΤΕΚΝΟ 3	ΕΙΣΑΡΤΩΜΕΝΟ ΤΕΚΝΟ 4	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	ΕΙΣΑΡΤΩΜΕΝΟ ΤΕΚΝΟ 1	ΕΙΣΑΡΤΩΜΕΝΟ ΤΕΚΝΟ 2	ΕΙΣΑΡΤΩΜΕΝΟ ΤΕΚΝΟ 3	ΕΙΣΑΡΤΩΜΕΝΟ ΤΕΚΝΟ 4
A1	Έχετε ή είχατε μία ή περισσότερες από τις παρακάτω παθήσεις;														
	α. καρδιάς ή κυκλοφορικού συστήματος;														
	β. αναπνευστικού συστήματος ή πνευμόνων;														
	γ. πεπτικού συστήματος;														
	δ. ουροποιητικού συστήματος, γεννητικών οργάνων;														
	ε. ματιών, αυτιών, δέρματος;														
	στ. σκελετού, συνδέσμων ή μυών;														
	ζ. λεμφαδένων ή αίματος;														
	η. εγκεφάλου, νευρικού συστήματος ή ψυχικές;														
	θ. ήπατος, χοληδόχου κύστεως, χοληφόρων αδένων ή παγκρέατος;														
	ι. ενδοκρινών αδένων;														
A2	Είχατε ποτέ ή αντιμετωπίζετε πρόβλημα με την αρτηριακή πίεση;														
A3	Είχατε ποτέ ή πάσχετε από νεοπλασμάτα, όγκο ή καρκίνο;														
A4	Είχατε ποτέ ή πάσχετε από αφροδίσιο νόσημα;														
A5	Είχατε ποτέ ή πάσχετε από ραγάδες δακτυλίου, αιμορροΐδες ή κύστη κόκκυγος;														
A6	Είχατε ποτέ ή πάσχετε από βουβωνοκήλη, ομφαλοκήλη ή άλλη κήλη;														
A7	Έχετε υποβληθεί σε διαγνωστικές ή σε οποιασδήποτε άλλης μορφής ιατρικές εξετάσεις τα τελευταία 5 χρόνια; Ποιά τα αποτελέσματα;														
A8	Σας έχει συμβεί κάποιο ατύχημα τα τελευταία 5 χρόνια;														
A9	Νοσηλεύτηκετε ποτέ για οποιαδήποτε αιτία; Πότε και για πόσο χρονικό διάστημα;														
A10	Σας έχει συσταθεί να υποβληθείτε σε χειρουργική επέμβαση;														
A11	Είχατε ακολουθήσει ποτέ ή ακολουθείτε σήμερα κάποιου είδους φαρμακευτική ή άλλη αγωγή;														
A12	Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα, παράλυση ή κάποιας μορφής αναπηρία;														
A13	Είστε αριστερόχειρας;														
A14	Είχατε ή έχετε ενοχλήματα ή άλλο πρόβλημα υγείας που δεν σχετίζεται με τις προηγούμενες ερωτήσεις;														
Μόνο για γυναίκες															
A15	Είχατε ποτέ ή πάσχετε από μία ή περισσότερες γυναικολογικές παθήσεις;														
A16	Είχατε ή έχετε διαταραχές εμμήνου ρήσης ή άλλες ορμονικές διαταραχές;														
A17	Έχετε υποβληθεί σε καισαρική τομή;														
A18	Είστε έγκυος; Σε ποιά μήνα; Έχετε επιπλοκές;														

Παρακαλούμε διευκρινίστε, εφόσον απαντήσατε ΝΑΙ σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις του παραπάνω πίνακα.

B. Οικογενειακό Ιστορικό

B1. Βρίσκονται στη ζωή και οι δύο γονείς σας;

Ασφαλισμένοι:	Πατέρας:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	Αιτία θανάτου:	_____	Ηλικία θανάτου:	_____
	Μητέρα:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	Αιτία θανάτου:	_____	Ηλικία θανάτου:	_____
Σύζυγος:	Πατέρας:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	Αιτία θανάτου:	_____	Ηλικία θανάτου:	_____
	Μητέρα:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	Αιτία θανάτου:	_____	Ηλικία θανάτου:	_____

B2. Έχει ή είχε προσβληθεί ή υποφέρει από οποιαδήποτε ασθένεια / πάθηση καρδιάς, νεφρών, κυκλοφορικού συστήματος, διαβήτη, καρκίνο, εγκεφαλικό, κάποιος από τους φυσικούς σας γονείς, πριν από την ηλικία των 60 ετών;

Ασφαλισμένοι:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Σύζυγος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι

Γ. Άλλες Ερωτήσεις

Γ1. Καπνίζετε;

Ασφαλισμένοι:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε ποσότητα την ημέρα)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Συμβαλλόμενος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε ποσότητα την ημέρα)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Σύζυγος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε ποσότητα την ημέρα)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι

Γ2. Πίνετε ποτά που περιέχουν αλκοόλ;

Ασφαλισμένοι:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε ποσότητα την ημέρα)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Συμβαλλόμενος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε ποσότητα την ημέρα)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Σύζυγος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε ποσότητα την ημέρα)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι

Γ3. Παρακαλούμε δηλώστε το ύψος σας καθώς και το βάρος σας και την τυχόν μεταβολή του κατά τα τελευταία 3 έτη.

Ασφαλισμένοι:	Βάρος: _____	<input type="checkbox"/> Μεταβολή (Αυξήθηκε κατά _____ Μειώθηκε κατά _____)	<input type="checkbox"/> Σταθερό
	Ύψος: _____		
Συμβαλλόμενος:	Βάρος: _____	<input type="checkbox"/> Μεταβολή (Αυξήθηκε κατά _____ Μειώθηκε κατά _____)	<input type="checkbox"/> Σταθερό
	Ύψος: _____		
Σύζυγος:	Βάρος: _____	<input type="checkbox"/> Μεταβολή (Αυξήθηκε κατά _____ Μειώθηκε κατά _____)	<input type="checkbox"/> Σταθερό
	Ύψος: _____		

Γ4. Έχετε υπηρετήσει τη στρατιωτική σας θητεία; (Συμπληρώνεται μόνο από άντρες)

Ασφαλισμένοι:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	(αναφέρατε τους λόγους)	_____
Συμβαλλόμενος:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	(αναφέρατε τους λόγους)	_____
Σύζυγος:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	(αναφέρατε τους λόγους)	_____

Γ5. Είστε σε καλή κατάσταση υγείας;

Ασφαλισμένοι:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____
Συμβαλλόμενος:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____
Σύζυγος:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____
Εξαρτ. Τέκνο 1:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____
Εξαρτ. Τέκνο 2:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____
Εξαρτ. Τέκνο 3:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____
Εξαρτ. Τέκνο 4:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____

Γ6. Ασχολείστε με κάποιο άθλημα;

Ασφαλισμένοι:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Συμβαλλόμενος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Σύζυγος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι

Γ7. Ασχολείστε με εναέρια αθλήματα ή πετάτε με άλλα μέσα, εκτός από επιβάτης κανονικών δρομολογίων αεροπορικών εταιριών;

Ασφαλισμένοι:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Συμβαλλόμενος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Σύζυγος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι

Γ8. Έχετε λάβει ποτέ αποζημίωση από οποιονδήποτε ασφαλιστικό φορέα για ανικανότητα λόγω ατυχήματος ή ασθένειας;

Ασφαλισμένος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Συμβαλλόμενος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Σύζυγος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε λεπτομέρειες)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι

Γ9. Έχετε υποβάλει στο παρελθόν άλλη αίτηση Ασφάλισης Ζωής στην Generali;

Ασφαλισμένος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε χρονολογία)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Συμβαλλόμενος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε χρονολογία)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Σύζυγος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε χρονολογία)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι

Γ10. Έχετε ήδη ή υπήρξατε ποτέ ασφαλισμένος εσείς ή κάποιο από τα προστατευόμενα μέλη σας με άλλο ατομικό ή ομαδικό ασφαλιστήριο ζωής στην Generali;

Ασφαλισμένος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε αριθμούς συμβολαίων)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Συμβαλλόμενος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε αριθμούς συμβολαίων)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Σύζυγος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε αριθμούς συμβολαίων)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Εξαρτ. Τέκνο:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε αριθμούς συμβολαίων)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι

Γ11. Έχετε ήδη ή υπήρξατε ποτέ ασφαλισμένος εσείς ή κάποιο από τα προστατευόμενα μέλη σας με άλλο ατομικό ή ομαδικό ασφαλιστήριο ζωής σε άλλη εταιρία;

Ασφαλισμένος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε την εταιρία)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Συμβαλλόμενος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε την εταιρία)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Σύζυγος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε την εταιρία)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Εξαρτ. Τέκνο:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε την εταιρία)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι

Γ12. Έχει ποτέ απορριφθεί αίτηση σας για Ασφάλιση Ζωής από άλλη Εταιρία;

Ασφαλισμένος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε για ποιο λόγο)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Συμβαλλόμενος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε για ποιο λόγο)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Σύζυγος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε για ποιο λόγο)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι
Εξαρτ. Τέκνο:	<input type="checkbox"/> Ναι	(αναφέρατε για ποιο λόγο)	_____	<input type="checkbox"/> Όχι

Σε ποιο ταμείο κύριας ή επικουρικής ασφάλισης είστε ή ήσασταν ασφαλισμένος και έως πότε;

Ασφαλισμένος:	(αναφέρατε ταμείο)	_____	<input type="checkbox"/> Άμεσα	<input type="checkbox"/> Έμμεσα
Συμβαλλόμενος:	(αναφέρατε ταμείο)	_____	<input type="checkbox"/> Άμεσα	<input type="checkbox"/> Έμμεσα
Σύζυγος:	(αναφέρατε ταμείο)	_____	<input type="checkbox"/> Άμεσα	<input type="checkbox"/> Έμμεσα
Εξαρτ. Τέκνο:	(αναφέρατε ταμείο)	_____	<input type="checkbox"/> Άμεσα	<input type="checkbox"/> Έμμεσα

Γ14. Είστε κάτοχος Βιβλιαρίου Υγείας ή Συνταγολογίου;

Ασφαλισμένος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(Εάν ΝΑΙ παρακαλούμε να μας αποσταλεί)	<input type="checkbox"/> Όχι
Συμβαλλόμενος:	<input type="checkbox"/> Ναι	(Εάν ΝΑΙ παρακαλούμε να μας αποσταλεί)	<input type="checkbox"/> Όχι

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 Υπευθύνου 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 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 Υπευθύνου 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: _____



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

Αρ. Αίτησης: _____

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ €

Καταβλήθηκε από τ. _____ (Συμβαλλόμενο)

το ποσό των € ως προκαταβολή για την έκδοση ασφαλιστηρίου, σύμφωνα με την ταυτάρτιμη αίτηση ασφάλισης. Η καταβολή έγινε με βάση τους όρους αποδοχής προκαταβολής που αναγράφονται παρακάτω και ισχύει εφόσον η πληρωμή έγινε με μετρητά.

Τόπος: _____

Ημερομηνία: _____

Ο λαβών: _____

Υπογραφή: _____

Πληρωμή Ασφαλιστρου

Συχνότητα Πληρωμής Ασφαλιστρου:

 Ετήσια Εξάμηνη Μηνιαία*

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

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

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 €



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

Αρ. Αίτησης: _____

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ € Καταβλήθηκε από τ (Συμβαλλόμενο)

το ποσό των € ως προκαταβολή για την έκδοση ασφαλιστηρίου, σύμφωνα με την ταυτάριτημη αίτηση ασφάλισης. Η καταβολή έγινε με βάση τους όρους αποδοχής προκαταβολής που αναγράφονται παρακάτω και ισχύει εφόσον η πληρωμή έγινε με μετρητά.

Τόπος: _____

Ημερομηνία: _____

Ο λαβών: _____

Υπογραφή: _____

Αποδοχή Προκαταβολής

- A. Η αιτούμενη Αίτηση Ασφάλισης Ζωής με τις τυχόν Συμπληρωματικές Παροχές θα ισχύει σύμφωνα με τους όρους του αιτούμενου Ασφαλιστηρίου από την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας, εφόσον πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις: 1. Το ποσό της προκαταβολής είναι 100,00€. 2. Όλες οι απαιτούμενες ιατρικές εξετάσεις έγιναν από τους γιατρούς της Εταιρίας. 3. Το πρόσωπο υπέρ της ζωής του οποίου αιτείται η Ασφάλιση να είναι την ημέρα κατάθεσης της προκαταβολής στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας ασφαλιστέο σύμφωνα με τους όρους και προϋποθέσεις αποδοχής κινδύνου της Εταιρίας για την αιτούμενη ασφάλιση.
- B. Εφόσον πληρούνται οι παραπάνω 1 και 3 προϋποθέσεις: 1. Η Εταιρία μέχρι την πλήρη εξόφληση της πρώτης δόσης του Ασφαλιστηρίου, την έκδοση και παραλαβή του από τον Συμβαλλόμενο, ευθύνεται αποκλειστικά μόνο για κάλυψη θανάτου και για ποσό ύψους 3.000,00€, ανεξάρτητα από το δηλωθέν ποσό στην αίτηση ασφάλισης. 2. Η προσωρινή κάλυψη ισχύει για 30 ημέρες από την ημερομηνία κατάθεσης της παρούσας αίτησης στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας ή για μικρότερο χρονικό διάστημα, αν προηγηθεί παραλαβή του Ασφαλιστηρίου ή ακρωση της αίτησης.
- Γ. Εάν η Εταιρία δεν αποδεχθεί την παρούσα αίτηση ή εκδώσει Ασφαλιστήριο με διαφορετικούς όρους από τους αιτούμενου και δεν γίνει αποδεκτό από τον Συμβαλλόμενο, επιστρέφει το ποσό της προκαταβολής μετά την παραλαβή της απόδειξης προκαταβολής και την αφαίρεση δαπανών για ιατρικές εξετάσεις που τυχόν έχουν γίνει. Σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση η Εταιρία δεν υποχρεούται να επιστρέψει το ποσό της προκαταβολής.

Το υπολειπόμενο ποσό για την συμπλήρωση της πρώτης δόσης του ετήσιου ασφαλιστηρίου θα καταβληθεί από τον Συμβαλλόμενο μετά από ειδοποίηση της Εταιρίας. Εάν δεν σας παραδοθεί το Ασφαλιστήριο μέσα σε 30 ημέρες, παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με τα κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας στο τηλ. 18112.