

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Αίτηση Ασφαλιστικής Κάλυψης

Personal *freedom*

Στοιχεία Συνεργάτη

Επωνυμία επικεφαλής:

Α.Φ.Μ.:

Αρ.Ειδ. Μητρώου:

Κωδικός:

Επωνυμία συνεργάτη:

Α.Φ.Μ.:

Αρ.Ειδ. Μητρώου:

Κωδικός:

Το ασφαλιστήριο αφορά επαγγελματική χρήση: Ναι Όχι

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης

Άνδρας Γυναίκα Εταιρία

Επωνυμία:

Επώνυμο:

Όνομα:

Σχέση ονόματος:

Επάγγελμα:

Ημερ. γέννησης:

Υπηκοότητα:

Α.Φ.Μ.:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατέρα:

Οικογενειακή κατάσταση:

Στοιχεία Ασφαλισμένου

Ο Ίδιος
 Άνδρας Γυναίκα Εταιρία

Επωνυμία:

Επώνυμο:

Όνομα:

Σχέση ονόματος:

Επάγγελμα:

Ημερ. γέννησης:

Υπηκοότητα:

Α.Φ.Μ.:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατέρα:

Οικογενειακή κατάσταση:

Διεύθυνση Αλληλογραφίας

Οδός:

Αριθμός:

T.K.:

Πόλη:

Τηλ:

Fax:

e-mail:

Διάρκεια Ασφάλισης Από 12:00 το μεσημέρι της:

μέχρι 12:00 το μεσημέρι της:

Εξαρτώμενα μέλη (Παρακαλούμε συμπληρώστε εάν προτείνονται για ασφάλιση)

Απαραίτητη προϋπόθεση ασφάλισης είναι ο ασφαλισμένος και ο/η σύζυγος, ως εξαρτώμενο μέλος, να μην έχουν υπερβεί το 60ο έτος ηλικίας κατά τη σύναψη της ασφάλισης, ενώ όριο λήξης της ασφάλισης ορίζεται το 70ο έτος της ηλικίας τους. Για τα άγαμα τέκνα που ασφαλίζονται ως εξαρτώμενα μέλη, η ηλικία τους ορίζεται από τριάντα (30) ημερών έως δεκαοχτώ (18) ετών, ή είκοσι πέντε (25) ετών εφόσον σπουδάζουν.

Στοιχεία Συζύγου

Άνδρας Γυναίκα

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Φ.Μ.:

Όνομα:

Επάγγελμα:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατέρα: _____

Στοιχεία Τέκνων

Άνδρας Γυναίκα

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Φ.Μ.:

Όνομα:

Επάγγελμα:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατέρα: _____

Άνδρας Γυναίκα

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Φ.Μ.:

Όνομα:

Επάγγελμα:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατέρα: _____

Άνδρας Γυναίκα

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Φ.Μ.:

Όνομα:

Επάγγελμα:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατέρα: _____

Δικαιούχοι (σε περίπτωση απώλειας ζωής)

Οι νόμιμοι κληρονόμοι:

% Άλλοι δικαιούχοι

Στοιχεία Δικαιούχων

Άνδρας Γυναίκα Ποσοστό: %

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Φ.Μ.:

Όνομα:

Επάγγελμα:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατέρα: _____

Σχέση: _____

Άνδρας Γυναίκα Ποσοστό: %

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Φ.Μ.:

Όνομα:

Επάγγελμα:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατέρα: _____

Σχέση: _____

Άνδρας Γυναίκα Ποσοστό: %

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Φ.Μ.:

Όνομα:

Επάγγελμα:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατέρα: _____

Σχέση: _____

Άνδρας Γυναίκα Ποσοστό: %

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Φ.Μ.:

Όνομα:

Επάγγελμα:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατέρα: _____

Σχέση: _____

Ερωτηματολόγιο

Εάν απαντήσετε θετικά σε οποιαδήποτε από τις παρακάτω ερωτήσεις, είτε αφορά στον Ασφαλισμένο είτε στα εξαρτώμενα μέλη που προτείνονται για ασφάλιση, απαιτείται η ακριβής περιγραφή.

	Ασφαλισμένος	Σύζυγος	Εξαρτ. Τέκνο 1	Εξαρτ. Τέκνο 2	Εξαρτ. Τέκνο 3
A1. Ποιο είναι το ύψος σας;					
A2. Ποιο είναι το βάρος σας;					
B1. Έχετε προσβληθεί ή υποφέρατε ποτέ από ασθένεια ή πάθηση που αφορά ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω: <ul style="list-style-type: none"> • καρδιά ή το κυκλοφορικό σύστημα • αναπνευστικό σύστημα ή πνεύμονες • πεπτικό σύστημα ή νεφρά • ουροδόχος κύστη ή γεννητικά όργανα • νευρικό σύστημα • μάτια, αυτιά, σκελετό, συνδέσμοι ή μύες, • αδένες ή αίμα, δέρμα 	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
B2. Έχετε προσβληθεί ποτέ ή υποφέρατε από αφροδίσιο νόσημα, όγκο ή καρκίνο;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
B3. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα ή αναπηρία;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
B4. Σας έχει συμβεί κάποιο ατύχημα τα τελευταία 3 χρόνια;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
B5. Νοσηλευτήκατε ποτέ για οποιαδήποτε αιτία;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
B6. Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
B7. Είστε σε καλή κατάσταση υγείας;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
B8. Είστε αριστερόχειρας;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι

Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ σε μία ή περισσότερες από τις ερωτήσεις B1 έως B6, ή ΟΧΙ στην ερώτηση B7, παρακαλούμε να εξηγήσετε λεπτομερώς:

	Ασφαλισμένος	Σύζυγος	Εξαρτ. Τέκνο 1	Εξαρτ. Τέκνο 2	Εξαρτ. Τέκνο 3
Γ1. Έχετε κύριο φορέα (ταμείο) κοινωνικής ασφάλισης; Αν ΝΑΙ, αναφέρατε:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Γ2. Έχετε λάβει ποτέ από οποιοδήποτε ασφαλιστικό φορέα κάποιο ποσό για μόνιμη ανικανότητα λόγω ατυχήματος ή ασθένειας;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Γ3. Είσατε ασφαλισμένος με άλλο ατομικό ή ομαδικό ασφαλιστήριο σε άλλη ασφαλιστική εταιρία;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι

Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ αναφέρατε:

Ασφαλιστική εταιρία:

Ασφαλισμένο κεφάλαιο:

€

Ασφαλισμένοι Κίνδυνοι - Καλύψεις

Επιλέξτε το πρόγραμμα που επιθυμείτε:

		Ασφαλισμένο Κεφάλαιο			
		<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Α	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Β	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Γ	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Δ
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Θάνατος από ατύχημα • Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα • Μόνιμη Μερική Ανικανότητα % από ατύχημα 	150.000,00 €	120.000,00 €	90.000,00 €	60.000,00 €
	• Νοσοκομειακή περίθαλψη από ατύχημα*	14.000,00 €	12.000,00 €	10.000,00 €	8.000,00 €
	• Νοσοκομειακή περίθαλψη από ασθενεία*	1.400,00 €	1.200,00 €	1.000,00 €	800,00 €
	• Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη από ατύχημα	3.000,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €
	• Επείγουσα υγειονομιακή μεταφορά για νοσηλεία από ατύχημα ή ασθένεια	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €
	• Generali Call Center				
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Μακροχρόνια Οικογενειακή Εξασφάλιση (μηνιαία καταβολή λόγω θανάτου από ατύχημα, ή Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από ατύχημα) 	2.750,00 €	2.200,00 €	1.650,00 €	1.100,00 €
	Συνολική παροχή	165.000,00 €	132.000,00 €	99.000,00 €	66.000,00 €
	Συνολικά ετήσια ασφάλιστρα (μόνο για τον Ασφαλισμένο)	459,98 €	376,33 €	313,62 €	229,98 €
	Συνολικά ετήσια ασφάλιστρα (για Ασφαλισμένο & τον /την σύζυγο)	616,84 €	522,84 €	449,50 €	355,50 €
	Συνολικά ετήσια ασφάλιστρα (για κάθε τέκνο)	104,52 €	94,07 €	83,60 €	73,19 €

*[Αποζημίωση 80% των εξόδων ή 100% με χρήση άλλου φορέα. Η κάλυψη ισχύει για κάθε ασφαλιστικό έτος και για κάθε ασφαλισμένο άτομο].

Τα πιο πάνω αναφερόμενα ασφαλισμένα κεφάλαια σε όλα τα προγράμματα ισχύουν κατά ασφαλιστικό έτος και συνολικά για όλα τα ασφαλισμένα άτομα.

		Ασφαλισμένο Κεφάλαιο				
Καλύψεις*		<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Ε	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα ΣΤ	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Ζ	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Η	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Θ
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Θάνατος από ατύχημα • Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα • Μόνιμη Μερική Ανικανότητα % από ατύχημα 	150.000,00 €	120.000,00 €	90.000,00 €	60.000,00 €	30.000,00 €
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Μακροχρόνια Οικογενειακή Εξασφάλιση (μηνιαία καταβολή λόγω θανάτου από ατύχημα ή Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από ατύχημα) 	2.750,00 €	2.200,00 €	1.650,00 €	1.100,00 €	550,00 €
	Συνολική παροχή	165.000,00 €	132.000,00 €	99.000,00 €	66.000,00 €	33.000,00 €
	Συνολικά ετήσια ασφάλιστρα (μόνο για τον Ασφαλισμένο)	313,62 €	261,36 €	188,18 €	125,45 €	94,09 €

*Η κάλυψη ισχύει κατά το ασφαλιστικό έτος μόνο για τον Ασφαλισμένο.

Πληρωμή Ασφαλίστρου

Συχνότητα Πληρωμής Ασφαλίστρου:

Ετήσια

Εξάμηνη

Τρόποι Πληρωμής Ασφαλίστρου:

Η Εταιρία παρέχει τη 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:

Ημ/νία 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:

Γ) Άλλοι τρόποι πληρωμής

Μέσω διαδικτύου (Web Banking)

Ταχυπληρωμή ΕΛΤΑ

Ηλεκτρονική πληρωμή (Phone Banking)

Καταβολή στα κεντρικά γραφεία της Εταιρίας

Πληρωμή σε ταμεία τραπεζών (ΔΙΑΣ)

Μέσω συνεργάτη της Εταιρίας

Καταβολή σε ΑΤΜ, εφόσον παρέχεται η δυνατότητα από την τράπεζα που συνεργάζεστε

Γενικές Πληροφορίες

1. Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για τον ίδιο κίνδυνο σε ισχύ;

Ναι (επωνυμία ασφαλιστικής εταιρίας):

Όχι

2. Σας έχουν αρνηθεί ή ακυρώσει ασφαλιστήρια;

Ναι (επωνυμία ασφαλιστικής εταιρίας):

Όχι

(είδος ασφαλιστηρίου):

(χρονική περίοδος):



Ενημερωτικό Έντυπο Γενικών Ασφαλίσεων (όπως ορίζεται στο άρθρο 150 του ν. 4364/2016)



Το παρόν έγγραφο δεν αποτελεί νομικά δεσμευτική προσφορά και σύμφωνα με τον ν. 4364/2016, άρθρο 150 πρέπει να παραδοθεί πριν τη σύναψη της ασφάλισης.

Η παροχή των πληροφοριών του παρόντος εντύπου δεν συνεπάγεται υποχρέωση της ασφαλιστικής εταιρίας να αποδεχθεί την Αίτηση Ασφάλισης/ Προσφορά ή τη σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης.

Στοιχεία για την Εταιρία



Επωνυμία Ασφαλιστικής Εταιρίας: Generali Hellas Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία,

Μέλος του Ομίλου Generali

Νομική Μορφή: Ανώνυμη Εταιρία

Σκοπός: Διενέργεια ασφαλίσεων ζωής και γενικών ασφαλίσεων και αντασφαλίσεων

Κράτος-Μέλος Καταγωγής: Ελλάδα

Διεύθυνση Έδρας: Ηλία Ηλιού 35-37 & Πυθέου, 11743 Αθήνα, Τηλ.: 2108096100, Fax: 2108096368,

www.generali.gr

Η GENERALI HELLAS AAE έχει την υποχρέωση να δημοσιεύει κάθε χρόνο έκθεση για τη φερεγγυότητα και την οικονομική της κατάσταση σύμφωνα με το άρθρο 38 του ν. 4364/2016 η οποία τίθεται στη διάθεση του Συμβαλλόμενου μέσω της ιστοσελίδας της Εταιρίας: www.generali.gr

Εφαρμοστέο Δίκαιο



Το δίκαιο που διέπει τις σχέσεις που απορρέουν από το Ασφαλιστήριο είναι το Ελληνικό. Για οποιαδήποτε διαφορά που τυχόν προκύψει μεταξύ της Εταιρίας και του Συμβαλλόμενου, του Δικαιούχου ή όποιου άλλου προβάλλει αξίωση σε σχέση με το Ασφαλιστήριο κατά τόπο αρμόδια είναι αποκλειστικά τα δικαστήρια της Αθήνας.

Φορολογικό Καθεστώς



Το φορολογικό καθεστώς που ισχύει για το συγκεκριμένο τύπο ασφαλιστηρίου ορίζεται από τη φορολογική νομοθεσία (ν. 4172/2013) όπως κάθε φορά ισχύει.

Τρόπος & Χρόνος Διευθέτησης Διαφόρων Παραπόνων των Ασφαλισμένων



Το γραπτό παράπονο υποβάλλεται με τη συμπλήρωση της φόρμας Υποβολής Παραπόνου με e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση complaints@generali.gr, μέσω Fax στον αριθμό: 210 8096378, ταχυδρομικά στη διεύθυνση Generali Hellas AAE Ηλία Ηλιού 35-37 & Πυθέου, 11743 Αθήνα, για τη διασφάλιση δίκαιης και άμεσης αντιμετώπισης του παραπόνου με αποστολή απάντησης στα νομικά χρονικά όρια, και το αργότερο σε πενήντα (50) ημέρες, σύμφωνα με τα οριζόμενα από σχετική απόφαση της Τράπεζας της Ελλάδος. Ο ασφαλισμένος διατηρεί κάθε δικαίωμα να απευθυνθεί στις αρμόδιες αρχές για εξωδικαστική λύση όπως ενδεικτικά στην Τράπεζα της Ελλάδος, στον Συνήγορο του Καταναλωτή και δεν διακόπτεται η παραγραφή των αξιώσεών του για προσφυγή στην Δικαιοσύνη.

Ασφάλιση Προσωπικού Ατυχήματος

Έγγραφο πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν



Εταιρία: Generali Hellas A.A.E.

Προϊόν: Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο Προσωπικού Ατυχήματος – Personal Freedom

Το έντυπο αυτό δεν υποκαθιστά ούτε την προβλεπόμενη από την ισχύουσα νομοθεσία προσυμβατική ενημέρωση ούτε την ασφαλιστική σύμβαση και τους γενικούς και ειδικούς όρους αυτής. Πλήρεις προσυμβατικές και συμβατικές πληροφορίες για το προϊόν παρέχονται σε άλλα έγγραφα.

Τι είναι αυτό το είδος ασφάλισης;

Ασφάλιση κατά Θανάτου, Μόνιμης Ολικής ή Μερικής Ανικανότητας και Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης σε περίπτωση Ατυχήματος και Ασφάλιση Νοσοκομειακής Περίθαλψης σε περίπτωση Ατυχήματος ή Ασθένειας.



Τι ασφαρίζεται;

- ✓ Ασφάλιση Θανάτου από Ατύχημα με δικαίωμα επιλογής του ασφαλισμένου κεφαλαίου από τον Ασφαλισμένο.
- ✓ Ασφάλιση Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από Ατύχημα με δικαίωμα επιλογής του ασφαλισμένου κεφαλαίου από τον Ασφαλισμένο.
- ✓ Ασφάλιση Μόνιμης Μερικής Ανικανότητας από Ατύχημα με δικαίωμα επιλογής του ασφαλισμένου κεφαλαίου από τον Ασφαλισμένο.
- ✓ Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη από Ατύχημα με ανώτατο όριο κάλυψης του Ασφαλισμένου 3.000,00 € ανά ασφαλιστικό έτος.
- ✓ Νοσοκομειακή Περίθαλψη, με ή χωρίς διανυκτέρευση, από Ατύχημα με δικαίωμα επιλογής του ανώτατου ορίου κάλυψης ανά ασφαλιστικό έτος από τον Ασφαλισμένο.
- ✓ διανυκτέρευση, από Ασθένεια με δικαίωμα επιλογής του ανώτατου ορίου κάλυψης ανά ασφαλιστικό έτος από τον Ασφαλισμένο.
- ✓ Επείγουσα Υγειονομική Μεταφορά του Ασφαλισμένου για νοσηλεία εξαιτίας Ατυχήματος ή Ασθένειας με ανώτατο όριο κάλυψης του Ασφαλισμένου 5.000,00 € ανά ασφαλιστικό έτος.



Τι δεν ασφαρίζεται;

- ✗ Άτομα με ασθένειες ή σωματικές βλάβες που υπήρχαν πριν την ημερομηνία έναρξης του Ασφαλιστηρίου
- ✗ Άτομα με ψυχιατρικές Παθήσεις
- ✗ Άτομα με συγγενείς παθήσεις



Υπάρχουν περιορισμοί στην κάλυψη;

Το ασφαλιστήριο δεν καλύπτει:

- Δεν καλύπτονται δαπάνες που οφείλονται σε συγκεκριμένες αιτίες (εγκληματικές πράξεις, αυτοκτονία, συμμετοχή σε βαρέα αθλήματα, υπηρεσία στις Ένοπλες Δυνάμεις)
- Δεν καλύπτονται δαπάνες για συγκεκριμένες παθήσεις για συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα (αναμονές)
- Δεν καλύπτονται συγκεκριμένα ποσά δαπανών, στην Νοσοκομειακή Περίθαλψη λόγω συμμετοχής του Ασφαλισμένου στο κόστος με ποσοστό 20%.
- Τα ασφαλισμένα κεφάλαια και τα ανώτατα όρια κάλυψης ισχύουν κατά ασφαλιστικό έτος και συνολικά για όλα τα Ασφαλισμένα, με το Ασφαλιστήριο, Άτομα.



Πού είμαι καλυμμένος;

- ✓ Η ασφάλιση είναι παγκόσμια.



Ποιες είναι οι υποχρεώσεις μου;

Για τη σύναψη και έναρξη ισχύος του Ασφαλιστηρίου:

- Να δηλώσω αληθή, πλήρη και αποτυπωμένα με ακρίβεια τα στοιχεία που θα μου ζητήσει η Εταιρία στην Αίτηση Ασφάλισης

Κατά τη διάρκεια ασφάλισης:

- Να ενημερώνω γραπτά την Εταιρία:
 - ο για κάθε αλλαγή διεύθυνσης
 - ο για κάθε στοιχείο ή περιστατικό που μπορεί να μεταβάλλει τον ασφαλισμένο κίνδυνο

Σε περίπτωση απαίτησης αποζημίωσης:

- Να ενημερώνω το Generali Call Centre πριν από κάθε νοσηλεία
- Να προσκομίζω όλα τα δικαιολογητικά που θα μου ζητεί η Εταιρία



Πότε και πώς πληρώνω;

Πληρώνω το ασφαλιστρο εφάπαξ ή με τμηματικές καταβολές, όπως αναγράφεται στο Ασφαλιστήριο, με την έκδοση του Ασφαλιστηρίου, με έναν από τους ακόλουθους τρόπους:

- Μέσω της ιστοσελίδας της εταιρίας www.generaligr, επιλέγοντας την υπηρεσία on line πληρωμή, με χρεωστική ή πιστωτική κάρτα
- Μέσω web ή phone banking στις Συνεργαζόμενες Τράπεζες
- Με χρέωση τραπεζικού λογαριασμού στις Συνεργαζόμενες Τράπεζες
- Με πάγια εντολή χρέωσης τραπεζικού λογαριασμού ή πιστωτικής κάρτας
- Με μετρητά:
 - ο Στο ταμείο της Generali (ανώτατο όριο συναλλαγής 500 €)
 - ο Στις τράπεζες Alpha Bank & Εθνική
 - ο Στα ΕΛΤΑ
 - ο Σε εξουσιοδοτημένο συνεργάτη της Εταιρίας



Πότε αρχίζει και πότε λήγει η κάλυψη;

- Η ισχύς του Ασφαλιστηρίου αρχίζει από την «Ημερομηνία Έναρξης» που αναγράφεται στο Ασφαλιστήριο και διαρκεί έως την αναγραφόμενη «Ημερομηνία Λήξης».



Πώς μπορώ να ακυρώσω τη σύμβαση;

- Εκτός από το δικαίωμα εναντίωσης και υπαναχώρησης όπως αυτά ορίζονται στην σύμβαση, έχω δικαίωμα ακύρωσης της σύμβασης οποτεδήποτε, αποστέλλοντας επιστολή στα στοιχεία επικοινωνίας της Εταιρίας.



Δήλωση Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων



Ο σκοπός της παρούσας Δήλωσης Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων είναι να εξηγήσει τον τρόπο και τους λόγους για τους οποίους χρησιμοποιούμε τα Προσωπικά σας Δεδομένα. Σας παρακαλούμε να διαβάσετε με προσοχή την παρούσα δήλωση.

Ποιος θα χρησιμοποιήσει τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Η Generali Hellas AAE θα χρησιμοποιήσει τα προσωπικά δεδομένα σας με την ιδιότητά της ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας Δεδομένων (Data Controller). Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στην παρακάτω διεύθυνση:

Ηλία Ηλιού 35-37 & Πυθέου
117 43 Αθήνα
Τηλέφωνο: 2108096100
e-mail: info@generaligr

Εάν έχετε οποιαδήποτε απορία αναφορικά με την επεξεργασία των Προσωπικών σας Δεδομένων, εάν θέλετε να ασκήσετε οποιοδήποτε δικαίωμά σας, ή να υποβάλετε κάποιο παράπονο αναφορικά με τα Προσωπικά Δεδομένα σας, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (Data Protection Officer) μας είτε στο e-mail: dpo@generaligr είτε με επιστολή στη διεύθυνση της Generali με την ένδειξη Υπόψη Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων.

Πώς θα χρησιμοποιήσουμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Η Generali θα χρησιμοποιήσει τα προσωπικά σας δεδομένα:

1. για την εκτίμηση (underwriting), αντασφάλιση, και διαχείριση του ασφαλιστικού κινδύνου και τον καθορισμό του ασφαλιστικού, στρού,
2. για τη σύναψη, έκδοση και διαχείριση του ασφαλιστηρίου,
3. για την παροχή των ασφαλιστικών καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης σε περίπτωση επέλευσης του κινδύνου,
4. για να σας ενημερώσει για θέματα που αφορούν στο ασφαλιστήριό σας (ανανέωση, προθεσμία εξόφλησης, κλπ.) και άλλα προϊόντα και για να ζητήσει πληροφορίες για το επίπεδο ικανοποίησής σας από τις υπηρεσίες της Generali,
5. για τη συμμόρφωση της Generali με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης παραπόνων και καταγγελιών, και για την καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης.

Η Generali δικαιούται να επεξεργαστεί τα Προσωπικά Δεδομένα σας για τη σύναψη και την εκτέλεση των συμβατικών όρων του ασφαλιστηρίου σας, εάν αυτό καταρτιστεί. Η επεξεργασία ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων σας, που αφορούν στην υγεία σας, γίνεται μόνο με τη ρητή συγκατάθεσή σας.

Ποια Προσωπικά Δεδομένα χρησιμοποιούμε

Θα επεξεργαστούμε μόνο Προσωπικά Δεδομένα που είναι απολύτως αναγκαία για τους ανωτέρω αναφερόμενους σκοπούς. Συγκεκριμένα, η Generali θα επεξεργαστεί:

1. Τα στοιχεία ταυτοποίησής σας (ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, ΑΦΜ, ΑΜΚΑ, κλπ.).
2. Τα στοιχεία επικοινωνίας σας (διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail, κλπ.).
3. Τα στοιχεία του τραπεζικού σας λογαριασμού (IBAN) ή της πιστωτικής κάρτας σας.
4. Στοιχεία αναφορικά με το εισόδημά σας (εκκαθαριστικό, κλπ.)
5. Στην περίπτωση της διαδικασίας ανάληψης κινδύνου, το ιατρικό σας ιστορικό σύμφωνα με τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώσατε στην αίτησή σας ή και τυχόν ιατρικές ή διαγνωστικές εξετάσεις και τα αποτελέσματα αυτών που θα προσκομίσετε στη Generali.
6. Στην περίπτωση της διαδικασίας ανάληψης κινδύνου με teleunderwriting: το ιατρικό ιστορικό σας με βάση τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώσατε μέσω της τηλεφωνικής συνέντευξης ή και τυχόν ιατρικές ή διαγνωστικές εξετάσεις και τα αποτελέσματα αυτών που θα προσκομίσετε στη Generali.
7. Τυχόν άλλα δεδομένα που η Generali τηρεί στο αρχείο της, από προηγούμενες συναλλαγές μαζί σας.

Σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, η Generali μπορεί να σας ζητήσει επιπλέον στοιχεία και πρόσθετα δικαιολογητικά που θα αφορούν το συμβάν.

Με ποιον μοιραζόμαστε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Μπορεί να μοιραστούμε προσωπικά δεδομένα σας με εξωτερικούς οργανισμούς όπως με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σας, συνεργαζόμενους πραγματογνώμονες ιατρούς, τον εξωτερικό συνεργάτη μας ο οποίος θα διενεργήσει την τηλεφωνική συνέντευξη (εάν αυτή διενεργηθεί) ή θα συντονίσει τον προασφαλιστικό ιατρικό έλεγχο (εάν είναι αναγκαίο). Θα διαβιβάσουμε, επιπλέον, προσωπικά σας δεδομένα και πληροφορίες καλύψεων ή/και εξαιρέσεων προς τους συνεργάτες μας που παρέχουν τηλεφωνική εξυπηρέτηση για την παροχή των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριό σας, καθώς και σε τυχόν ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνετε χρήση αυτών των υπηρεσιών. Μπορεί, επίσης, να μοιραστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα με τα τεχνικά τμήματα της έδρας του Ομίλου Generali, άλλες εταιρίες του Ομίλου Generali, καθώς και με συνεργαζόμενες αντασφαλιστικές εταιρίες. Η Generali έχει λάβει τα αναγκαία μέτρα ώστε κάθε φορά να διαβιβάζονται μόνο τα απολύτως αναγκαία δεδομένα και να εξασφαλίζεται η νομιμότητα της επεξεργασίας. Για περισσότερες πληροφορίες για τους εξωτερικούς συνεργάτες και παρόχους μας, με τους οποίους μοιραζόμαστε τα δεδομένα σας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας (www.generaligr).

Η Generali δεν πρόκειται να αποκαλύψει με οποιονδήποτε τρόπο τα προσωπικά σας δεδομένα σε οποιοδήποτε τρίτο μέρος το οποίο δε σχετίζεται με το ασφαλιστήριό σας και την παροχή των καλύψεων και των υπηρεσιών που προβλέπονται από αυτό, εκτός εάν αυτό απαιτείται από τη νομοθεσία ή από νόμιμο αίτημα ή εντολή δημόσιας αρχής. Η Generali δεν πρόκειται να διαβιβάσει κανένα προσωπικό σας δεδομένο σε τρίτους για χρήση σε εμπορικές προωθητικές ενέργειες, χωρίς την προηγούμενη ρητή συγκατάθεση σας.

Γιατί απαιτείται η συλλογή των Προσωπικών Δεδομένων σας

Η συλλογή των δεδομένων σας είναι αναγκαία για τη σύναψη και τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου. Εάν δεν παράσχετε τα Προσωπικά Δεδομένα σας, δυστυχώς, η Generali δεν δύναται να προβεί στη σύναψη του ασφαλιστηρίου ή/και στην παροχή των καλύψεων και των υπηρεσιών που αυτό προβλέπει.

Τα δικαιώματά σας αναφορικά με τα Προσωπικά Δεδομένα

Μπορείτε να ασκήσετε τα ακόλουθα δικαιώματα αναφορικά με τα Προσωπικά Δεδομένα σας: Πρόσβασης, Διόρθωσης, Φορητότητας, και, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις του νόμου, Διαγραφής, Περιορισμού και Εναντίωσης.

Μπορείτε, επίσης, ανά πάσα στιγμή, να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή που έχετε παράσχει για την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων σας. Δυστυχώς, σε μια τέτοια περίπτωση, η Generali δεν θα μπορεί να σας παρέχει τις καλύψεις που προβλέπονται στο ασφαλιστήριό σας (ανάκληση συγκατάθεσης). Η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν επηρεάζει τη νομιμότητα κάθε προηγούμενης πράξης επεξεργασίας.

Για περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τις προϋποθέσεις άσκησης των δικαιωμάτων σας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Generali Hellas (www.generaligr). Μπορείτε να ασκήσετε τα δικαιώματά σας μέσω της ιστοσελίδας μας ή, εναλλακτικά, μπορείτε να επικοινωνήσετε απευθείας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων στο dpo@generaligr για την άσκηση των δικαιωμάτων σας, καθώς και για κάθε άλλη πληροφορία. Η αίτηση άσκησης των δικαιωμάτων είναι δωρεάν, εκτός εάν το αίτημα είναι προφανώς αβάσιμο ή υπερβολικό.

Πως μπορείτε να υποβάλετε μια καταγγελία

Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι θίγεται με οποιονδήποτε τρόπο η προστασία των προσωπικών σας δεδομένων, μπορείτε να προσφύγετε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα: Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, www.dpa.gr.

Για πόσο καιρό διατηρούμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Θα διατηρήσουμε και θα επεξεργαζόμαστε τα Προσωπικά σας Δεδομένα για τους σκοπούς που αναφέρονται παραπάνω για όσο διάστημα το ασφαλιστήριό σας είναι σε ισχύ και μέχρι είκοσι έτη μετά τη λήξη ισχύος του για οποιοδήποτε λόγο, εκτός εάν η νομοθεσία προβλέπει διαφορετική περίοδο διατήρησης. Σε περίπτωση μη σύναψης του ασφαλιστηρίου, θα διατηρήσουμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας μέχρι και για πέντε έτη.

Δηλώσεις Συμβαλλομένου - Ασφαλισμένου / Διαμεσολαβητή

Με βάση τα στοιχεία που δήλωσα και τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους της Ασφάλισης που διάβασα και αποδέχομαι, παρακαλώ να προχωρήσετε στην έκδοση Ασφαλιστηρίου. Συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύσει μετά την αποδοχή της Αίτησής μου από την Εταιρία σας και με την προϋπόθεση ότι θα έχω καταβάλει εμπρόθεσμα το οφειλόμενο ασφαλιστρο. Την παρούσα Αίτηση ασφάλισης συμπλήρωσα μετά από λεπτομερή ανάγνωση γνωρίζοντας δε τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών συμβάντων που είναι ουσιώδη για τη σύναψη αυτής της ασφάλισης, δηλώνω ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στην Αίτηση αυτή είναι αληθείς, πλήρεις χωρίς παραλείψεις και μεταβολές, θα αποτελέσουν δε τη βάση για το Ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί και την αντιμετώπιση ασφαλιστικής περίπτωσης.

Η Αίτηση αυτή, μαζί με τις γραπτές συμπληρωματικές πληροφορίες, αλληλογραφία, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου. Οι παραπάνω δηλώσεις μου ισχύουν και για κάθε ανανέωση του Ασφαλιστηρίου και κάθε Πρόσθετη Πράξη, εκτός εάν τροποποιηθούν με έγγραφό μου, το περιεχόμενο του οποίου θα αποδεχθεί η Εταιρία. Συμφωνώ και αποδέχομαι όπως τα προσωπικά δεδομένα που περιέχονται στην παρούσα Αίτηση Ασφάλισης και γνωστοποιούνται στην Generali Hellas A.A.E., χορηγούνται με την συγκατάθεσή μου για να τα επεξεργασθεί η Generali Hellas A.A.E. αποκλειστικά με σκοπό την σύναψη και την λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης.

Δήλωση Συμβαλλομένου - Ασφαλισμένου

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή προσυμβατικά για το ασφαλιστικό προϊόν που επέλεξα. Έχω παραλάβει το Ενημερωτικό Έντυπο της Generali του ν. 4364/2016 και το Έγγραφο Πληροφοριών του ν. 4583/2018 για το ασφαλιστικό προϊόν που έχω επιλέξει, τον τρόπο λειτουργίας του και τα δικαιώματά μου και τη Δήλωση Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Έχω ενημερωθεί ότι τα παραπάνω έντυπα είναι αναρτημένα και στην ιστοσελίδα της Generali (www.generaligr).

Δήλωση Διαμεσολαβητή

Δηλώνω ότι ως ασφαλιστικός διαμεσολαβητής έχω τηρήσει όλες τις προσυμβατικές υποχρεώσεις μου έναντι του υποψήφιου πελάτη, σύμφωνα με τον ν. 4583/2018 για τη διανομή ασφαλιστικών προϊόντων, έχω χορηγήσει όλες τις προβλεπόμενες πληροφορίες σύμφωνα με τα άρθρα 28 και 29 ν. 4583/2018, έχω υποβάλει και συμπληρώσει το έντυπο ανάλυσης αναγκών υποψήφιου πελάτη, τον έχω ενημερώσει για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του και τον έχω ενημερώσει για το ενημερωτικό έντυπο της Generali και το έγγραφο πληροφοριών για το προϊόν που επέλεξε. Επίσης, τον ενημέρωσα ότι τα παραπάνω έντυπα είναι αναρτημένα και στην ιστοσελίδα της Generali (www.generaligr).

Τόπος

Ημερομηνία

Υπογραφή
Συμβαλλομένου/ Ασφαλισμένου

Υπογραφή Διαμεσολαβητή



Μέλος του Ομίλου Generali εγγεγραμμένη στο Μητρώο Ασφαλιστικών Ομίλων

Κεντρικά Γραφεία: Ηλία Ηλιού 35-37 & Πυθίου - 11743 Αθήνα - Τηλ: 210 80 96 400 - Φαξ: 210 80 96 367 - www.generaligr
Κεντρικά Γραφεία Β. Ελλάδος: 26ης Οκτωβρίου 38-40 3ος Όροφος - 54627 Θεσσαλονίκη - Τηλ.: 2310 551 144 - Φαξ: 2310 552 282