

ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΙΑΤΡΟΥ/ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Αίτηση Ασφαλιστικής Κάλυψης

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 - Λήπτης της Ασφάλισης

Άνδρας Γυναίκα Εταιρία

Κωδικός Πελάτη: _____

Επωνυμία:

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Ημερ. γέννησης:

Α.Φ.Μ.:

Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβατηρίου:

Υπηκοότητα:

Στοιχεία Ασφαλισμένου

Άνδρας Γυναίκα

Κωδικός Πελάτη: _____

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Ημερ. Γέννησης:

Α.Φ.Μ.:

Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβατηρίου:

Υπηκοότητα:

Διεύθυνση Αλληλογραφίας

Οδός:

Αριθμός:

T.K.:

Πόλη:

Τηλέφωνο:

Fax:

e-mail:

Διεύθυνση Ιατρείου

Οδός:

Αριθμός:

T.K.:

Πόλη:

Τηλέφωνο:

Fax:

e-mail:

Διάρκεια Ασφάλισης

Από 12:00 το μεσημέρι της:

μέχρι 12:00 το μεσημέρι της:

Στοιχεία Επαγγέλματος Ασφαλισμένου

Σχολή Αποφοίτησης :

Έτος Αποφοίτησης:

Ειδικότητα:

Έτος Απόκτησης Ειδικότητας:

Εξειδίκευση:

Έτος Απόκτησης Τίτλου ανά Εξειδίκευση:

Νοσοκομεία ή / και κλινικές στα οποία:

Εργασθήκατε κατά το παρελθόν:

Εργάζεσθε σήμερα:

Ασφαλισμένα Κεφάλαια Κάλυψης

Σωματικές Βλάβες κατά περιστατικό:

€

Ανώτατο Αθροιστικό Ετήσιο Όριο Ευθύνης:

€

Διατηρείτε ιατρείο στο όνομα σας στο οποίο ασκείτε τα καθήκοντα σας;

Ναι

Όχι

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΚΡΑΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

Επιθυμείτε περιορισμό της κάλυψης μόνο στο παραπάνω κρατικό Νοσοκομείο στο οποίο εργάζεσθε;

Ναι

Όχι

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ:

Επιθυμείτε περίοδο αργοπορημένης δήλωσης αξίωσης προς αποζημίωση για 24 μήνες;

Ναι

Όχι

ΚΑΛΥΨΗ ΑΙΣΘΗΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ:

Επιθυμείτε επέκταση κάλυψης Αισθητικών Βλαβών; (Η επέκταση κάλυψης παρέχεται μόνο για ιατρούς)

Ναι

Όχι

Γενικές Πληροφορίες

- Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για τον ίδιο κίνδυνο σε ισχύ;

Ναι

Όχι

Αν ΝΑΙ, ποια εταιρία:

Ημερ. λήξης:

- Ήσασταν ασφαλισμένος στο παρελθόν για τη συγκεκριμένη ευθύνη;

Ναι

Όχι

Αν ΝΑΙ, αναφέρατε λεπτομέρειες:

- Σας έχουν αρνηθεί ή ακυρώσει ασφαλιστήρια;

Ναι

Όχι

Αν ΝΑΙ, Ασφαλιστική εταιρία:

Είδος Ασφαλιστηρίου:

Χρονική περίοδος:

- Έχουν εγερθεί οποιεσδήποτε απαιτήσεις εναντίον σας κατά τα τελευταία 3 έτη;

Ναι

Όχι

Αν ΝΑΙ, αναφέρατε λεπτομέρειες:

- Γνωρίζετε καταστάσεις, συνθήκες ή περιστατικά από τα οποία μπορεί να εγερθεί απαίτηση εναντίον σας;

Ναι

Όχι

Αν ΝΑΙ, αναφέρατε γενικές πληροφορίες (χωρίς καταγραφή δεδομένων υγείας τρίτων προσώπων):

- Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια στην Generali;

Ναι

Όχι

Αν ΝΑΙ, ποια:

Πληρωμή Ασφαλίστρου

Συχνότητα Πληρωμής Ασφαλίστρου:

Ετήσια

Εξάμηνη

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:

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 ATM, εφόσον παρέχεται η δυνατότητα από την τράπεζα που συνεργάζεστε



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 Αστικής Ευθύνης

Έγγραφο πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν



Εταιρία: Generali Hellas A.A.E.

Προϊόν: Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης Ιατρού, Οδοντιάτρου

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 Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης Ιατρού, Οδοντιάτρου



Τι ασφαρίζεται;

Βασικές καλύψεις (με ασφαλισμένο όριο που αποτελεί το ανώτατο όριο ευθύνης της εταιρίας).

- ✓ Η εκ του νόμου ευθύνη του Ασφαλισμένου σύμφωνα με τα άρθρα 914-932 του Αστικού Κώδικα για Σωματικές βλάβες ή θάνατο συμπεριλαμβανομένης της ηθικής βλάβης/ ψυχικής οδύνης που θα προξενήσει σε τρίτους/ ασθενείς του από πράξεις ή παραλείψεις του, κατά τη διάρκεια της νόμιμης άσκησης των καθηκόντων του στα πλαίσια της ειδικότητας του.
- ✓ Δαπάνες για τη δικαστική ή εξώδικη υποστήριξή του, αναλογούντες τόκους, δικαστικές δαπάνες, έξοδα πραγματογνωμόνων.
- ✓ Τα αναγκαία έξοδα για την διερεύνηση, εξακρίβωση, απόκρουση απαίτησης ζημιωθέντα τρίτου από καλυπτόμενο συμβάν.
- ✓ Τα αναγκαία έξοδα που πραγματοποίησε για την παροχή πρώτων βοηθειών σε τρίτους που υπέστησαν σωματικές βλάβες από ενέργειά του.
- ✓ Κατά την παροχή πρώτων βοηθειών σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης, πέραν της ειδικότητας του.
- ✓ Χρήση μηχανημάτων ακτινών για διαγνωστικούς λόγους.
- ✓ Πραγματοποίηση μικρών χειρουργικών επεμβάσεων σε εξωτερικά ιατρεία.
- ✓ Χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας
- ✓ Εκτεταμένη περίοδος αναγγελίας απαίτησης αποζημίωσης τρίτου.

Βασικές καλύψεις (με επιμέρους όριο ευθύνης που αποτελεί το ανώτατο όριο ευθύνης της εταιρίας):

- ✓ Δαπάνες νομικής υποστήριξης και δικαστικά έξοδα για υπεράσπιση σε ποινικά δικαστήρια.
- ✓ Χρήση και λειτουργία χώρων ιατρείου / οδοντιατρείου.



Τι δεν ασφαρίζεται;

- ✗ Πράξεις αισθητικής φύσης ή με σκοπό την αισθητική βελτίωση του ασθενή.
- ✗ Γενετικές βλάβες/ μεταλλάξεις οφειλόμενες σε ακτινοβολίες
- ✗ Μετάδοση μολυσματικών νόσων και ιών, AIDS, ανθρώπινους ιστούς, παράγωγα αίματος, μετάδοση του ιού HIV και των συνεπειών του,
- ✗ Ποινική ή/και πειθαρχική ευθύνη κάθε φύσης.
- ✗ Ευθύνη του Νοσηλευτικού Ιδρύματος/ Νοσοκομείου/ Κλινικής/ Διαγνωστικού Κέντρου/ Εργαστηρίου/ Κέντρου Υγείας .
- ✗ Ιδιότητα του ασφαλισμένου ως ερευνητής ή/και χορηγός κλινικών μελετών.



Υπάρχουν περιορισμοί στην κάλυψη;

Το ασφαλιστήριο δεν καλύπτει ζημιές που οφείλονται άμεσα ή έμμεσα σε:

- ! Πράξεις ή παραλείψεις από δόλο ή βαριά αμέλεια του Ασφαλισμένου
- ! Απώλειες ή ζημιές που συνέβησαν πριν την έναρξη ισχύος της ασφάλισης.
- ! Πολεμικές επιχειρήσεις
- ! Πυρηνική ενέργεια, ραδιενέργεια, πυρηνικά όπλα ή υλικά αυτών.

Τα χρηματικά ποσά που ορίζονται ως απαλλαγή ανά κάλυψη, βαρύνουν τον Ασφαλισμένο και αναγράφονται στο πρόγραμμα ασφάλισης και στο ασφαλιστήριο.

Το σύνολο της κάλυψης που παρέχεται αναγράφεται στο ασφαλιστήριο.



Πού είμαι καλυμμένος;

- ✓ Όπως αναγράφεται στο πρόγραμμα ασφάλισης και στο ασφαλιστήριο.



Ποιες είναι οι υποχρεώσεις μου;

Κατά την έναρξη και διάρκεια ισχύος του Ασφαλιστηρίου:

- Να τηρώ πιστά τους όρους του Ασφαλιστηρίου
- Να δηλώσω στην Εταιρία για τη σύναψη της ασφάλισης τα στοιχεία που θα ζητήσει με ειλικρίνεια, ακρίβεια και πληρότητα.
- Να δηλώσω οποιαδήποτε αλλαγή αφορά στην ασφαλισμένη δραστηριότητα, η οποία ενισχύει τον ασφαλισμένο κίνδυνο
- Να τηρώ τις διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας.
- Να λαμβάνω όλα τα απαραίτητα μέτρα προστασίας σαν να μην ήμουν ασφαλισμένος

Σε περίπτωση ζημιάς:

- Να γνωστοποιώ άμεσα στην Εταιρία οποιοδήποτε συμβάν ή απαίτηση αποζημίωσης τρίτου και να συνδράμω την Εταιρία στον καθορισμό της ζημιάς.



Πότε και πώς πληρώνω;

Πληρώνω το ασφάλιστρο 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:
 - Στο ταμείο της Generali (ανώτατο όριο συναλλαγής 500 €)
 - Στις τράπεζες Alpha Bank & Εθνική
 - Στα ΕΛΤΑ
 - Σε εξουσιοδοτημένο συνεργάτη της Εταιρίας



Πότε αρχίζει και πότε λήγει η κάλυψη;

- Η έναρξη ισχύος της ασφάλισης και η διάρκεια της αναγράφονται στο ασφαλιστήριο.



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 ασφαλιστρού,
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 αναγκαίων προσυμβατικών ενεργειών και για την εκπλήρωση των όρων του ασφαλιστηρίου σας, εάν αυτό καταρτιστεί.

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. Τυχόν άλλα δεδομένα που η Generali τηρεί στο αρχείο της, από προηγούμενες συναλλαγές μαζί σας.

Μπορεί να αποκτήσουμε, επίσης, πρόσβαση στα παρακάτω Προσωπικά Δεδομένα που σας αφορούν: ιστορικό οικονομικής συμπεριφοράς, μέσω της βάσης δεδομένων της εταιρίας ICAP καθώς και στοιχεία για το ακίνητό σας μέσω του Εθνικού Κτηματολογίου και των κατά τόπους αρμοδίων Υποθηκοφυλακείων.

Σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, η Generali θα σας ζητήσει επιπλέον στοιχεία που θα αφορούν το συμβάν και τις περιστάσεις υπό τις οποίες αυτό συνέβη, καθώς και πρόσθετα δικαιολογητικά, όπως για παράδειγμα εκκαθαριστικό εφορίας ή πιστοποιητικά περί μη οφειλής δανείων, σε περίπτωση ενυπόθηκων ακινήτων.

Με ποιον μοιραζόμαστε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Μπορεί να μοιραστούμε προσωπικά δεδομένα σας με εξωτερικούς οργανισμούς όπως: με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σας και έναν εξουσιοδοτημένο πραγματογνώμονα, σε περίπτωση προασφαλιστικού ελέγχου ή σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλισμένου κινδύνου. 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.

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.

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, Διαγραφή, Περιορισμού και Εναντίωσης.

Για περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τις προϋποθέσεις άσκησης των δικαιωμάτων σας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Generali (www.generaligr.gr). Μπορείτε να ασκήσετε τα δικαιώματά σας, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματός σας να μην υπόκεισθε σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες λήψης αποφάσεων (βλ. παράγραφο 9 κατωτέρω), μέσω της ιστοσελίδας μας ή, εναλλακτικά, μπορείτε να επικοινωνήσετε απευθείας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων στο dpo@generaligr.gr 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 και Σφραγίδα
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