

Αριθμός Αίτησης: _____

Αριθμός Προσφοράς: _____

Αριθμός Ασφαλιστηρίου: _____

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ

Αίτηση Ασφαλιστικής Κάλυψης

Στοιχεία Συνεργάτη

Γραφείο Πώλησης: _____ Κωδικός Συνεργάτη: _____ Υποκωδικός: _____

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης

Άνδρας Γυναίκα Εταιρία Κωδικός Πελάτη: _____

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____

Χώρα γέννησης: _____ Υπηκοότητα Α: _____ Υπηκοότητα Β: _____

Ημερ. γέννησης: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Αρχή Έκδοσης: _____ Ημερ. Έκδοσης: _____

Σχέση με τον ασφαλ.: _____ Οικογενειακή κατάσταση: _____

Κύριο επάγγελμα: _____ Επωνυμία εργοδότη: _____

Αναλυτική περιγραφή επαγγέλματος: _____

Δευτερεύον επάγγελμα: (Εάν υπάρχει) _____

Διεύθυνση κατοικίας

Οδός: _____ Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____ Πόλη: _____

Τηλ: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Διεύθυνση εργασίας

Οδός: _____ Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____ Πόλη: _____

Τηλ: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Διεύθυνση αλληλογραφίας κατοικίας εργασίας

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 Εταιρία Οικογενειακή κατάσταση: _____ Κωδικός Πελάτη: _____

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____

Χώρα γέννησης: _____ Υπηκοότητα Α: _____ Υπηκοότητα Β: _____

Ημερ. γέννησης: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Αρχή Έκδοσης: _____ Ημερ. Έκδοσης: _____

Κύριο επάγγελμα: _____ Επωνυμία εργοδότη: _____

Αναλυτική περιγραφή επαγγέλματος: _____

Δευτερεύον επάγγελμα: (Εάν υπάρχει) _____

Διεύθυνση κατοικίας

Οδός: _____ Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____ Πόλη: _____

Τηλ: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Διεύθυνση εργασίας

Οδός: _____ Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____ Πόλη: _____

Τηλ: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Διεύθυνση αλληλογραφίας κατοικίας εργασίας

Αριθμός IBAN*: _____

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

Δικαιούχοι σε περίπτωση επιβίωσης του Ασφαλισμένου

Ο ίδιος ο Ασφαλισμένος %: _____ 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.: _____

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: _____

Βασικά Προγράμματα

Πρόσκαιρη Ασφάλιση Θανάτου (χωρίς συμμετοχή στα κέρδη)

Ασφαλισμένο κεφάλαιο: _____ €

Διάρκεια ασφάλισης: _____ Έτη

Ισόβια Ασφάλιση Θανάτου

Ασφαλισμένο κεφάλαιο: _____ €

Διάρκεια ασφάλισης: Ισόβια

Generali Vision

Ασφαλισμένο κεφάλαιο: _____ €

Διάρκεια ασφάλισης: _____ Έτη

Πρόσκαιρη Ασφάλιση (χωρίς συμμετοχή στα κέρδη)

(προσφέρεται αποκλειστικά για την παροχή Medical Safety)

Ασφαλισμένο κεφάλαιο:

3.000,00€ για ηλικίες 51 έως 65

5.000,00€ για ηλικίες 41 έως 50

10.000,00€ για ηλικίες 0 έως 40

Pension Plan

Junior Principle

Συνδεδεμένο με Επενδύσεις

UL1

UL2

Διάρκεια πληρωμών: Ισόβια Έτη (αναφέρατε): _____ Ετήσιο καθαρό ασφάλιστρο: _____ €

Αναπροσαρμογή ασφαλιστρού: Ναι Όχι Ποσοστό ετήσιας αναπροσαρμογής: 3% 5%

Ασφαλισμένο κεφάλαιο προστασίας: _____ €

Επενδυτική επιλογή: Generali Stable: _____ % Generali Balanced: _____ % Generali Dynamic: _____ %

Pension Master Plan

Junior Master Plan

Εγγυημένου Επιτοκίου

Διάρκεια πληρωμών: _____ Έτη (αναφέρατε): _____

Ετήσιο καθαρό ασφάλιστρο: _____ € Εγγυημένο κεφάλαιο στη λήξη: _____ €

Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Περιθαλψης

Medical Safety

Συμπληρωματική παροχή

	Κεφάλαια (ετήσιο όριο)	Θέση Νοσηλείας	Ποσό Συμμετοχής		First Expenses Kit	Μελλοντική Μείωση	Αμοιβή Plus Global
			A.	B.			
	A. 280.000,00€	A	A. 0,00€	B. 500,00€	A. 3.000,00€		
	B. 650.000,00€	B	Γ. 1.500,00€	Δ. 3.000,00€	B. 5.000,00€		
	Γ. 1.100.000,00€	Γ	Ε. 5.000,00€	ΣΤ. 10.000,00€			
Ασφαλισμένος							
Σύζυγος							
Εξαρτώμενο Τέκνο 1							
Εξαρτώμενο Τέκνο 2							
Εξαρτώμενο Τέκνο 3							
Εξαρτώμενο Τέκνο 4							

First Expenses Kit Family

3.000,00 €

5.000,00 €

B. Οικογενειακό Ιστορικό

B1. Βρίσκονται στη ζωή και οι δύο γονείς σας;

Ασφαλισμένος:	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;

Ασφαλισμένος:	<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;

Ασφαλισμένος:	<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;

Ασφαλισμένος:	<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.

Ασφαλισμένος:	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)

Ασφαλισμένος:	<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;

Ασφαλισμένος:	<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;

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

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

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

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

Ασφαλισμένος: Ναι (αναφέρατε λεπτομέρειες) _____ Όχι
Συμβαλλόμενος: Ναι (αναφέρατε λεπτομέρειες) _____ Όχι
Σύζυγος: Ναι (αναφέρατε λεπτομέρειες) _____ Όχι

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

Ασφαλισμένος: Ναι (αναφέρατε χρονολογία) _____ Όχι
Συμβαλλόμενος: Ναι (αναφέρατε χρονολογία) _____ Όχι
Σύζυγος: Ναι (αναφέρατε χρονολογία) _____ 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: Ναι (αναφέρατε αριθμούς συμβολαίων) _____ Όχι
Συμβαλλόμενος: Ναι (αναφέρατε αριθμούς συμβολαίων) _____ Όχι
Σύζυγος: Ναι (αναφέρατε αριθμούς συμβολαίων) _____ Όχι
Εξαρτ. Τέκνο: Ναι (αναφέρατε αριθμούς συμβολαίων) _____ 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: Ναι (αναφέρατε την εταιρία) _____ Όχι
Συμβαλλόμενος: Ναι (αναφέρατε την εταιρία) _____ Όχι
Σύζυγος: Ναι (αναφέρατε την εταιρία) _____ Όχι
Εξαρτ. Τέκνο: Ναι (αναφέρατε την εταιρία) _____ Όχι

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

Ασφαλισμένος: Ναι (αναφέρατε για ποιο λόγο) _____ Όχι
Συμβαλλόμενος: Ναι (αναφέρατε για ποιο λόγο) _____ Όχι
Σύζυγος: Ναι (αναφέρατε για ποιο λόγο) _____ Όχι
Εξαρτ. Τέκνο: Ναι (αναφέρατε για ποιο λόγο) _____ Όχι

Γ13. Σε ποιο ταμείο κύριας ή επικουρικής ασφάλισης είστε ασφαλισμένος;

Ασφαλισμένος: (αναφέρατε ταμείο) _____ Άμεσα Έμμεσα
Συμβαλλόμενος: (αναφέρατε ταμείο) _____ Άμεσα Έμμεσα
Σύζυγος: (αναφέρατε ταμείο) _____ Άμεσα Έμμεσα
Εξαρτ. Τέκνο: (αναφέρατε ταμείο) _____ Άμεσα Έμμεσα

Γ14. Εάν έχετε δηλώσει δευτερεύον επάγγελμα παρακαλούμε αναφέρατε εάν είστε ασφαλισμένος σε κάποιο ταμείο κύριας ή επικουρικής ασφάλισης για το επάγγελμα αυτό;

Ασφαλισμένος: (αναφέρατε ταμείο) _____ Άμεσα Έμμεσα
Συμβαλλόμενος: (αναφέρατε ταμείο) _____ Άμεσα Έμμεσα
Σύζυγος: (αναφέρατε ταμείο) _____ Άμεσα Έμμεσα

Γ15. Είστε κάτοχος Βιβλιαρίου Υγείας ή Συνταγολογίου;

Ασφαλισμένος: Ναι (Εάν ΝΑΙ παρακαλούμε να μας αποσταλεί) Όχι
Συμβαλλόμενος: Ναι (Εάν ΝΑΙ παρακαλούμε να μας αποσταλεί) Όχι

Γ16. Ποιο είναι το ετήσιο δηλωθέν εισόδημα από την εργασία σας;

Ασφαλισμένος: _____
Συμβαλλόμενος: _____

Γενικές Πληροφορίες - Δήλωση Ασφαλισμένου

Οι υπογράφοντες, 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 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:

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

Αποδέκτες των δεδομένων:

- 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,
- 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 υπογράφοντες 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 υπογράφοντες 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 υπογράφοντες επίσης αποδέχονται ότι:

- Η Εταιρία έχει το δικαίωμα να απορρίψει την παρούσα αίτηση χωρίς υποχρέωση γνωστοποίησης των λόγων απόρριψης στον αιτούντα.
- 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 συνθησιμένους χωρίς υποχρέωση αιτιολόγησης της απόφασής της.
- Η ισχύς του Ασφαλιστηρίου θα αρχίσει μόνο μετά την παράδοση 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 παραμείνουν μέχρι την εξόφληση της πρώτης δόσης του ασφαλιστρού όπως έχουν δηλωθεί στην παρούσα αίτηση.

Δήλωση Συμβαλλόμενου

Ο Συμβαλλόμενος και ο Ασφαλισμένος (εάν είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον Συμβαλλόμενο) και κάθε Δικαιούχος είναι δεν είναι υπήκοος των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής που υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των Η.Π.Α. Ο Συμβαλλόμενος αποδέχεται, συμφωνεί και δεσμεύεται ότι θα ενημερώσει την GENERALI HELLAS A.A.E. μέσα σε προθεσμία τριάντα (30) ημερών σε περίπτωση οποιασδήποτε μεταβολής κατά την οποία ο Συμβαλλόμενος ή ο Ασφαλισμένος ή κάποιος από τους Δικαιούχους γίνει υπήκοος των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής που υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των Η.Π.Α. ή μεταφέρει την κυριότητα του Ασφαλιστηρίου σε υπήκοο των Η.Π.Α.. Επισημαίνεται και είναι γνωστό ότι ψευδής δήλωση ή παραποίηση στοιχείων φορολογικής κατάστασης από υπήκοο Η.Π.Α. θα μπορούσε να επιφέρει κυρώσεις σύμφωνα με τη νομοθεσία των Η.Π.Α.

Σε περίπτωση καταφατικής δήλωσης πρέπει να συμπληρώσετε τα απαιτούμενα στοιχεία:

A.Φ.Μ. (Η.Π.Α.) Ασφαλισμένου _____

A.Φ.Μ. (Η.Π.Α.) Συμβαλλόμενου _____

A.Φ.Μ. (Η.Π.Α.) Δικαιούχου / Δικαιούχων _____

Δήλωση φορολογικής κατοικίας

Ο Συμβαλλόμενος και ο Ασφαλισμένος (εάν είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον Συμβαλλόμενο) και κάθε Δικαιούχος είναι δεν είναι φορολογικός κάτοικος τρίτης χώρας. Ο Συμβαλλόμενος αποδέχεται, συμφωνεί και δεσμεύεται ότι θα ενημερώσει την GENERALI HELLAS A.A.E. μέσα σε προθεσμία τριάντα (30) ημερών σε περίπτωση οποιασδήποτε μεταβολής κατά την οποία ο Συμβαλλόμενος ή ο Ασφαλισμένος ή κάποιος από τους Δικαιούχους αποκτήσει φορολογική κατοικία σε Τρίτη χώρα ή μεταφέρει την κυριότητα του Ασφαλιστηρίου σε πρόσωπο με φορολογική κατοικία σε Τρίτη χώρα.

Σε περίπτωση καταφατικής δήλωσης πρέπει να συμπληρώσετε τα παρακάτω αναγκαία στοιχεία:

Χώρα φορολογικής κατοικίας, διεύθυνση χώρας φορολογικής κατοικίας και A.Φ.Μ. χώρας φορολογικής κατοικίας Συμβαλλόμενου

Χώρα φορολογικής κατοικίας, διεύθυνση χώρας φορολογικής κατοικίας και A.Φ.Μ. χώρας φορολογικής κατοικίας Ασφαλισμένου

Χώρα φορολογικής κατοικίας, διεύθυνση χώρας φορολογικής κατοικίας και A.Φ.Μ. χώρας φορολογικής κατοικίας Δικαιούχου/ Δικαιούχων

Τόπος: _____

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή Ασφαλισμένου ή
κηδεμόνα του τέκνου προς ασφάλιση

Υπογραφή
Συμβαλλόμενου

Υπογραφή Συζύγου Ασφαλισμένου
(Εφόσον προτείνεται για ασφάλιση)

Αρ. Αίτησης: _____

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ €

Καταβλήθηκε από τ _____ (Συμβαλλόμενο)
το ποσό των € ως προκαταβολή για την έκδοση ασφαλιστηρίου, σύμφωνα με την ταυτάριθμη
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 €

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:

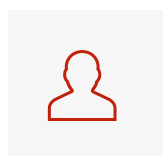
Υπογραφή: _____



Πάγια Εντολή Χρέωσης Τραπεζικού Λογαριασμού / Πιστωτικής Κάρτας



Στοιχεία Δικαιούχου Τραπεζικού Λογαριασμού ή Κατόχου Πιστωτικής Κάρτας



Όνοματεπώνυμο: _____
Όνομα πατρός: _____
Τηλ. Επικοινωνίας: _____ e-mail: _____
Τύπος Πιστοποιητικού: Διαβατήριο: Δ.Α.Τ.: Αρ. Πιστοποιητικού: _____
Ημ. Έκδοσης: _____ Εκδούσα Αρχή: _____

Πιστωτική Κάρτα

Αρ. κάρτας: _____ / _____ / _____ Ημ. Λήξης: _____
Πληρωμή: Εφάπαξ: Σε 6 άτοκες δόσεις: Σε 12 άτοκες δόσεις:

Τραπεζικός Λογαριασμός

Επωνυμία τράπεζας: _____
Αριθμός IBAN*: _____

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

Για την πληρωμή του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου / Προσφοράς: _____

Δικαιολογητικά



Τα απαραίτητα πρωτότυπα δικαιολογητικά είναι:

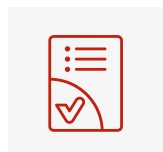
- Ταυτότητα ή Διαβατήριο και
- Βιβλιário ή πρόσφατο αντίγραφο μηνιαίου τραπεζικού λογαριασμού (προαιρετικά)

ώστε να συμπληρωθούν τα στοιχεία του Δικαιούχου του Τραπεζικού λογαριασμού (Εντολέα).



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 ή κάτοχος της πιστωτικής κάρτας, που έχω δηλώσει στα στοιχεία της αίτησης, αποδέχομαι ρητά και ανεπιφύλακτα τους εξής όρους:

1. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ αποδέχεται την εξόφληση των οφειλών ασφαλιστών, με αυτόματη χρέωση του αναγραφόμενου τραπεζικού λογαριασμού του ή της πιστωτικής κάρτας του, που διενεργείται μετά από εντολή της Εταιρίας και ο τραπεζικός λογαριασμός ή η πιστωτική κάρτα του ΕΝΤΟΛΕΑ θα χρεώνεται με το ποσό κάθε οφειλής ασφαλιστών 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 λογαριασμού υποβάλλεται από τον ΕΝΤΟΛΕΑ στην ΤΡΑΠΕΖΑ ή στην ΕΤΑΙΡΙΑ ενώ η ανάκληση της πιστωτικής κάρτας αποκλειστικά στην ΕΤΑΙΡΙΑ.

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 πάγια εντολή απευθύνεται στην Τράπεζα, διαβιβάζεται σε αυτήν από την Εταιρία μέσω του συστήματος DIASDEBIT και ενεργοποιείται μόνο μετά από έγκριση της ΤΡΑΠΕΖΑΣ.
5. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ αποδέχεται ανεπιφύλακτα τους όρους της ΤΡΑΠΕΖΑΣ για ανάθεση πάγιας εντολής για εξόφληση της οφειλής ασφαλίσεων με χρέωση του τραπεζικού λογαριασμού του ή της πιστωτικής του κάρτας.
6. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ ενημερώθηκε από την Εταιρία ότι είναι στις υποχρεώσεις του να 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 ασφαλίσεων μέσω της πάγιας εντολής, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα τιμολογιακή πολιτική της ΤΡΑΠΕΖΑΣ του.
7. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ αναγνωρίζει την υποχρέωση να ενημερώνει γραπτά κάθε φορά που γίνεται οποιαδήποτε αλλαγή στα στοιχεία και στη διάρκεια ισχύος της πιστωτικής του κάρτας.
8. Με την υπογραφή της παρούσας ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ αποδέχεται την πληρωμή ασφαλίσεων, χωρίς οποιαδήποτε επιβάρυνση, με την Πάγια Εντολή Χρέωσης της Πιστωτικής του Κάρτας (VISA, MASTERCARD) και με ελάχιστη μηνιαία δόση τα 15€.
9. Για τον ΕΝΤΟΛΕΑ που επιλέγει πληρωμή με Πιστωτική Κάρτα, η χρέωση θα πραγματοποιείται κατά την ημερομηνία έναρξης της ασφαλιστικής του κάλυψης. Ειδικά για τα ασφάλιστρα του αυτοκινήτου, η χρέωση θα γίνεται 10 ημέρες πριν την ημερομηνία ανανέωσης.
10. Η δυνατότητα πληρωμής μέσω της Πιστωτικής σας Κάρτας για συναλλαγές στο δίκτυο συναλλαγών εμπορικών επιχειρήσεων με άτοκες δόσεις, ορίζεται από την Τράπεζά σας.

Δήλωση Δικαιούχου (Εντολέα)



Δηλώνω ότι συναινώ, μετά από συμφωνία με τον Οφειλέτη, εφόσον αυτός είναι άλλο πρόσωπο, για την ενεργοποίηση της Πάγιας Εντολής Χρέωσης του Τραπεζικού Λογαριασμού / χρέωση Πιστωτικής μου Κάρτας, για την εξόφληση των οφειλών του ασφαλιστηρίου του Οφειλέτη προς την Εταιρία για το συγκεκριμένο κωδικό άμεσης χρέωσης που δηλώθηκε παραπάνω. Αποδέχομαι ρητά και ανεπιφύλακτα τους Όρους Εντολής Ανάθεσης Άμεσης Χρέωσης (Πάγια Εντολή Χρέωσης Τραπεζικού Λογαριασμού ή Πιστωτικής Κάρτας).

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου και συναίνεση για την επεξεργασία των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα, που περιλαμβάνονται στην παρούσα δήλωση από την Generali, τη ΔΙΑΣ Α.Ε. και την Τράπεζα, αποκλειστικά για τον σκοπό και εκπλήρωση της παρούσας πάγιας εντολής και σύμφωνα με την οικεία νομοθεσία.

Τόπος Εντολής:

Ημερομηνία Εντολής:

Υπογραφή Δικαιούχου Τραπεζικού Λογαριασμού / Κατόχου Πιστωτικής Κάρτας (Εντολέα): _____

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

Ημερομηνία:

Υπογραφή για την Εταιρία: _____

Αρ. Αίτησης: _____

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ € Καταβλήθηκε από τ (Συμβαλλόμενο)

το ποσό των € ως προκαταβολή για την έκδοση ασφαλιστηρίου, σύμφωνα με την ταυτάριθμη 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. 210 8096400.

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.

1. 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 τηλεφωνικά, είτε με επιστολή στη διεύθυνση της Generali με την ένδειξη Υπόψη Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων ή στο e-mail: dpo@generaligr.

2. Πώς θα χρησιμοποιήσουμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας

Η Generali θα χρησιμοποιήσει τα προσωπικά σας δεδομένα:

- i) για την εκτίμηση (underwriting), αντασφάλιση, και διαχείριση του ασφαλιστικού κινδύνου και τον καθορισμό του ασφαλιστρού,
- ii) για τη σύναψη, έκδοση και διαχείριση του ασφαλιστηρίου,
- iii) 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,
- iv) 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,
- v) 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 ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων σας, που αφορούν στην υγεία σας, γίνεται μόνο με τη ρητή συγκατάθεσή σας.

3. Ποια Προσωπικά Δεδομένα χρησιμοποιούμε

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

- Τα στοιχεία ταυτότητάς σας (ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, ΑΦΜ, κλπ.).
- Τα στοιχεία επικοινωνίας σας (διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail, κλπ.).
- Τα στοιχεία του τραπεζικού σας λογαριασμού (IBAN) ή της πιστωτικής σας κάρτας.
- Στοιχεία αναφορικά με το εισόδημά σας (εκκαθαριστικό, κλπ.)
- Το ιατρικό ιστορικό σας με βάση τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώσατε στην αίτησή σας ή μέσω της τηλεφωνικής συνέντευξης, το βιβλιάριο υγείας και τον ΑΜΚΑ σας.
- Τυχόν άλλα δεδομένα που η Generali τηρεί στο αρχείο της.

Θα αποκτήσουμε, επίσης, πρόσβαση στα παρακάτω Προσωπικά Δεδομένα που σας αφορούν: Ιατρικό Ιστορικό μέσω της εφαρμογής ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του Υπουργείου Υγείας/ΕΟΠΥΥ με χρήση του ΑΜΚΑ σας, κατά τη σύναψη του ασφαλιστήριου και, πιθανώς, σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου.

Σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, η Generali μπορεί να σας ζητήσει επιπλέον στοιχεία και πρόσθετα δικαιολογητικά που θα αφορούν το συμβάν και τις ιατρικές πράξεις ή/και εξετάσεις που διενεργήθηκαν.

4. 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.

5. Γιατί απαιτείται η συλλογή των Προσωπικών Δεδομένων σας

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

6. 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.

7. 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.

8. 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 ασφαλιστήριου, θα διατηρήσουμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας μέχρι και για πέντε έτη.

Δήλωση Συναίνεσης



Με βάση τη Δήλωση Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων που επισυνάπτεται, εάν αποδεχίτε τις παρακάτω επιλογές, δηλώνετε ότι έχετε διαβάσει και κατανοήσει το περιεχόμενο της Δήλωσης και με τη παρούσα δηλώνετε τη συναίνεσή σας για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας για τους σκοπούς που αναφέρονται στη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Συγκεκριμένα, μπορείτε ελεύθερα να αποφασίσετε να δώσετε τη συναίνεσή σας και, συνεπώς, να εξουσιοδοτήσετε την Generali να:

α) επεξεργαστεί τα προσωπικά σας δεδομένα για το σκοπό της εκτίμησης της αίτησης και έκδοσης του ασφαλιστηρίου και της διαχείρισης της λειτουργίας αυτού και των υποχρεώσεων που προκύπτουν από αυτό, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης.

Συμναινώ

Δεν συμναινώ

β) (εάν έχει επιλεχθεί η διαδικασία του πλήρους ελέγχου-full check) επεξεργαστεί τα προσωπικά σας δεδομένα και, μέσω των πραγματοποιωμένων γιατρών, που ενεργούν κατά ρητή εντολή της, να έχει πρόσβαση στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ με χρήση του ατομικού σας ΑΜΚΑ με σκοπό την εκτίμηση της αίτησης και έκδοσης του ασφαλιστήριου ή (εάν έχει επιλεχθεί η διαδικασία του teleunderwriting) επεξεργαστεί και να διαβιβάσει τα προσωπικά σας δεδομένα στον πάροχο μας που θα διενεργήσει την τηλεφωνική συνέντευξη κατά ρητή εντολή της Generali, με σκοπό την εκτίμηση της αίτησης και έκδοσης του ασφαλιστήριου.

Συμναινώ

Δεν συμναινώ

γ) επεξεργαστεί και να διαβιβάσει τα προσωπικά δεδομένα σας, στον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σας, στους παρόχους υπηρεσιών υγείας με σκοπό την παροχή των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριό σας.

Συμναινώ

Δεν συμναινώ

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Εταιρία:

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.generali.gr

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