

Πρόταση Ταξιδιωτικής Ασφάλισης TRAVEL Care & TRAVEL Cancellation

Παρακαλούμε να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις της αίτησης [ΣΥΝΟΛΟ ΣΕΛΙΔΩΝ: 2]

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης		
Επώνυμο	Όνομα	
Πατρώνυμο	Α.Δ.Τ.	Διαβατήριο
Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.	
Ημερομηνία Γέννησης	Υψηκότητα	
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό	
Κύριο Επάγγελμα	E-mail	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	T.K.	Πόλη
Σχέση με τον κυρίως Ασφαλιζόμενο		

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλιζόμενου		
Επώνυμο	Όνομα	
Πατρώνυμο	Α.Δ.Τ.	Διαβατήριο
Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.	
Ημερομηνία Γέννησης	Υψηκότητα	
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό	
Κύριο Επάγγελμα	E-mail	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	T.K.	Πόλη

Στοιχεία Αιτούμενης Ασφάλισης	
Προορισμός:	Ελλάδα <input type="checkbox"/> Ευρώπη & Μεσόγειος <input type="checkbox"/> Υπόλοιπος Κόσμος (εκτός Η.Π.Α. & Καναδά) <input type="checkbox"/> Η.Π.Α. & Καναδάς <input type="checkbox"/>
Χώρες έως τον τελικό προορισμό:	
Ημερομηνία Αναχώρησης:	Ημερομηνία Επιστροφής:
Διάρκεια Ταξιδιού (σε ημέρες):	Μεταφορικό Μέσο:

Επιλογή Κάλυψης	
Ταξιδιωτική Ασφάλιση "TRAVEL Care" <input type="checkbox"/>	Ακύρωση Αναχώρησης "TRAVEL Cancellation" <input type="checkbox"/>
	Κόστος Ταξιδιού:

Μέλη Οικογένειας (που συνταξιδεύουν)

	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΠΑΙΔΙΑ		
		1° μέλος	2° μέλος	3° μέλος
Επώνυμο				
Όνομα				
Πατρώνυμο				
Ημερομηνία Γέννησης				
Επάγγελμα				
Α.Φ.Μ.				
Δ.Ο.Υ.				
Α.Δ.Τ. / Διαβατήριο				

Δικαιούχοι (σε περίπτωση Απώλειας Ζωής)

Οι νόμιμοι κληρονόμοι <input type="checkbox"/>		Άλλοι Δικαιούχοι <input type="checkbox"/>
Όνοματεπώνυμο Δικαιούχου	Σχέση με τον Κυρίως Ασφαλιζόμενο	

Δηλώσεις - Εξουσιοδοτήσεις - Συγκαταθέσεις

Ο υπογράφων, με την ιδιότητα του ασφαλισμένου, ή ως ασκών τη γονική μέριμνα του ανήλικου τέκνου και ασφαλισμένου μέλους γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε εμάς 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, καθώς και των υποψηφίων για ασφάλιση είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιαδήποτε παραλείψεις και μεταβολές. Αποδέχομαι δε ότι θα αποτελέσουν τη βάση για το υπό έκδοση Ασφαλιστήριο και την αντιμετώπιση της ασφαλιστικής περίπτωσης. Έλαβα επίσης γνώση του δικαιώματος της Εταιρίας να αρνηθεί την αίτησή για ασφάλιση ή να την κάνει αποδεκτή με όρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται, χωρίς την υποχρέωση να δικαιολογήσει την απόφασή της.

1. Γνωρίζω ότι στην ασφάλιση αυτή ισχύουν οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι που μου παραδόθηκαν αλλά και των οποίων έλαβα γνώση διαβάζοντάς τους στην ιστοσελίδα της εταιρίας σας. Στους Όρους αυτούς περιλαμβάνονται και Εξαιρέσεις τις οποίες και αποδέχομαι. Με την παρούσα υποβάλλω αίτηση ασφάλισης που θα περιλαμβάνει όλους τους ανωτέρω Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης.

2. Παρέλαβα το ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 150 του Ν. 4364/2016 όπως αυτό ισχύει και τις σχετικές δηλώσεις εναντίωσης και υπαναχώρησης.

3. Ενημέρωση σχετικά με ασφάλιση μέσω SMS, E-mail

Αποδέχομαι την ενημέρωση και αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλισή (π.χ. Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, Ανανέωση, Ειδοποίηση Πληρωμής κ.λπ.) μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης (e-mail), ή/ και μέσω γραπτού μηνύματος sms στο κινητό τηλέφωνο.

Συμφωνώ Δεν Συμφωνώ

4. Ενημέρωση για διαφημιστικούς, εμπορικούς σκοπούς

Αποδέχομαι να λαμβάνω ενημερώσεις για διαφημιστικούς, εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς και σκοπούς προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών με αυτοματοποιημένα μέσα π.χ. μέσω e-mail, SMS, μέσων κοινωνικής δικτύωσης ή τηλεφωνικά κατά τη διάρκεια της ασφάλισής και έως 5 έτη μετά τη λήξη της και τη δυνατότητα να τροποποιώ ή/και να ανακαλώ οποτεδήποτε εγγράφως, τη συγκατάθεσή μου για την επιλογή του τρόπου επικοινωνίας και λήψης ενημερώσεων για διαφημιστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς (αποστολή email στο dro@interlife.gr ή τηλεφωνικά στο 2310499000).

Συμφωνώ Δεν Συμφωνώ

5. Ενημέρωση σχετικά με Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων

Παρέλαβα, ανέγνυσα και ενημερώθηκα από το «Έντυπο Ενημέρωσης για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» για το πλαίσιο που δίδει την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα -δικά μου και των μελών της οικογένειάς μου- που περιλαμβάνονται στη σύμβαση καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της Εταιρίας και έχουν σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης και για τα δικαιώματά που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας, εναντίωσης στην επεξεργασία αυτών, το δικαίωμα εξασφάλισης ανθρώπινης παρέμβασης σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες) και την άσκησή τους με την αποστολή email στην ηλεκτρονική διεύθυνση dro@interlife.gr και αναγνωρίζω ότι είναι απολύτως αναγκαία για το σκοπό και τη λειτουργία της σύμβασης ασφάλισης, προκειμένου να αξιολογηθεί ο ασφαλιστικός κίνδυνος, να υπολογισθεί σωστά το ασφαλιστήριο και να εκπληρωθεί ο σκοπός και η λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης. Γνωρίζω ότι άρνηση ή ανάκληση της σχετικής συναίνεσης επεξεργασίας ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ, δίνει το δικαίωμα στην Εταιρία να καταγγείλει ή να μην δεχτεί τη σύμβαση. Για τους λόγους αυτούς παρέχω ρητή συγκατάθεσή μου στην Εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μου.

Συμβαλλόμενος καθώς και υπέρ ανηλικών, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση μέλους	Κυρίως Ασφαλιζόμενος καθώς και υπέρ ανηλικών, ως έχοντας τη γονική μέριμνα του προς ασφάλιση μέλους	Ενήλικα Μέλη Οικογένειας		
(υπογραφή)	(υπογραφή)	(υπογραφή)	(υπογραφή)	(υπογραφή)

Συμβαλλόμενος	Κυρίως Ασφαλιζόμενος	Συνεργάτης		Άμεσος Διανομέας	
		Επωνυμία	Α.Φ.Μ.	Επωνυμία	Α.Φ.Μ.
(υπογραφή)	(υπογραφή)	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	Α.Ε.Μ.	(Κωδικός, Σφραγίδα, Υπογραφή)	Α.Ε.Μ.

Τόπος

Ημερομηνία