



**Υπεύθυνη Δήλωση
προς την Generali Hellas A.A.E.**

Εγώ, ο/η _____, του _____ και της _____

γεννηθείς/είσα στις _____, με Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβατηρίου _____ δηλώνω ρητά και υπεύθυνα ότι κατά τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασής μου με την Generali Hellas A.A.E. χρησιμοποίησα δικό/ή μου μεταφραστή/στρια, τον/την

_____ του _____ με ΑΔΤ/Αρ. Διαβατηρίου _____

ο/η οποίος/α μου μετέφρασε από την Ελληνική στη μητρική μου γλώσσα το ακριβές περιεχόμενο των ερωτήσεων, όρων και δηλώσεων του ιατρικού ερωτηματολογίου στο οποίο υποβλήθηκα τηλεφωνικά, ενώ παράλληλα μετέφερε με ακρίβεια τις απαντήσεις και δηλώσεις μου από τη μητρική μου γλώσσα στην Ελληνική, προς τον εκπρόσωπο της ιατρικής ομάδας της Generali Hellas A.A.E..

Ημερομηνία:

Ο-Η Δηλών/ούσα

Υπογραφή