



ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Αριθμός Ασφαλιστηρίου: _____ Κωδικός Καταστήματος: _____

1. Στοιχεία Συμβαλλόμενου (Σε περίπτωση αλλαγής Συμβαλλόμενου, εδώ γράφονται τα στοιχεία του νέου Συμβαλλόμενου)

Επώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.: _____
Όνομα: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
Φύλο: Α Θ Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. _____
Ημ. Γέννησης: _____ Υπηκοότητα: _____
Όνομα πατέρα: _____ Δ/ση Κατοικίας: _____
Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος: Άγαμος: Χήρος: Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____
Φυσικό Πρόσωπο: Νομικό Πρόσωπο: Πόλη/Χωριό: _____
Ταμείο Ασφάλισης: _____ Τηλ. Κατοικίας: _____
Α.Μ.Κ.Α.: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____
Σχέση με Ασφαλιζόμενο 1: _____ E-mail: _____
Επάγγελμα: _____

Αλλαγή Συμβαλλόμενου (Σε περίπτωση αλλαγής Συμβαλλόμενου είναι υποχρεωτική η υπογραφή παλαιού και νέου Συμβαλλόμενου)

Στοιχεία Παλαιού Συμβαλλόμενου

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Υπογραφή: _____

Στοιχεία επικοινωνίας

Δ/ση Αλληλ/φίας: _____ Αριθμός: _____ Πόλη/Χωριό: _____ Τ.Κ.: _____
Σταθερό Τηλέφωνο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____

2. Προσθήκη Ασφαλιζόμενων Μελών

Προσθήκη νέου μέλους Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου μέλους

Επώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.: _____
Όνομα: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
Φύλο: Α Θ Υπηκοότητα: _____ Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. _____
Ημ. Γέννησης: _____ Ταμείο Ασφάλισης: _____
Όνομα πατέρα: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
Επάγγελμα: _____ Δ/ση Κατοικίας: _____
Φυσικό Πρόσωπο: Νομικό Πρόσωπο: Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____
Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος: Άγαμος: Χήρος: Πόλη/Χωριό: _____
E-mail: _____ Τηλ. Κατοικίας: _____
Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____
(αδέρφια, γονέας, σύζυγος, τέκνα, παππούς/γιαγιά)

Προσθήκη νέου μέλους

Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου μέλους

Επώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.: _____
Όνομα: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
Φύλο: Α Θ Υπηκοότητα: _____ Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. _____
Ημ. Γέννησης: _____ Ταμείο Ασφάλισης: _____
Όνομα πατέρα: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
Επάγγελμα: _____ Δ/νση Κατοικίας: _____
Φυσικό Πρόσωπο: Νομικό Πρόσωπο: Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____
Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος: Άγαμος: Χήρος: Πόλη/Χωριό: _____
E-mail: _____ Τηλ. Κατοικίας: _____
Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____
(αδέρφια, γονέας, σύζυγος, τέκνα, παππούς/γιαγιά)

Προσθήκη νέου μέλους

Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου μέλους

Επώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.: _____
Όνομα: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
Φύλο: Α Θ Υπηκοότητα: _____ Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. _____
Ημ. Γέννησης: _____ Ταμείο Ασφάλισης: _____
Όνομα πατέρα: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
Επάγγελμα: _____ Δ/νση Κατοικίας: _____
Φυσικό Πρόσωπο: Νομικό Πρόσωπο: Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____
Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος: Άγαμος: Χήρος: Πόλη/Χωριό: _____
E-mail: _____ Τηλ. Κατοικίας: _____
Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____
(αδέρφια, γονέας, σύζυγος, τέκνα, παππούς/γιαγιά)

Προσθήκη νέου μέλους

Αλλαγή στοιχείων υφιστάμενου μέλους

Επώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.: _____
Όνομα: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
Φύλο: Α Θ Υπηκοότητα: _____ Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. _____
Ημ. Γέννησης: _____ Ταμείο Ασφάλισης: _____
Όνομα πατέρα: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____
Επάγγελμα: _____ Δ/νση Κατοικίας: _____
Φυσικό Πρόσωπο: Νομικό Πρόσωπο: Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____
Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος: Άγαμος: Χήρος: Πόλη/Χωριό: _____
E-mail: _____ Τηλ. Κατοικίας: _____
Σχέση με Πρώτο Ασφαλισμένο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____
(αδέρφια, γονέας, σύζυγος, τέκνα, παππούς/γιαγιά)

3. Αφαίρεση Ασφαλισμένων

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Ασφαλισμένος 1: Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Θέση Νοσηλείας	Εκπιπτόμενο ποσό	Ανώτατο όριο	Alpha Υγεία για Όλους Premium Προαιρετική κάλυψη	Ασφάλιση ατυχήματος Προαιρετική κάλυψη
<input type="checkbox"/> LUX <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ	<input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 1.500€ <input type="checkbox"/> 3.000€ <input type="checkbox"/> 5.000€ <input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> 1.500.000€ ¹ <input type="checkbox"/> 600.000€ <input type="checkbox"/> 200.000€ ¹	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση Ασφαλισμένα κεφάλαια: <input type="checkbox"/> 5.000€ <input type="checkbox"/> 25.000€ <input type="checkbox"/> 50.000€ <input type="checkbox"/> 75.000€ <input type="checkbox"/> 100.000€ Ιατροφαρμακευτικά έξοδα: 1.500€
Ασφάλιση κεφαλαίου αποπληρωμής ασφαλιστρών (προαιρετική κάλυψη) Παρέχεται στο Συμβαλλόμενο εφόσον είναι και Πρώτος Ασφαλισμένος			<input type="checkbox"/> Προσθήκη: Ασφαλισμένα κεφάλαια <input type="checkbox"/> 10 x ασφαλιστρο <input type="checkbox"/> Συναρτήσει ηλικίας	<input type="checkbox"/> Αφαίρεση

Ασφαλισμένος 2: Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Θέση Νοσηλείας	Εκπιπτόμενο ποσό	Ανώτατο όριο	Alpha Υγεία για Όλους Premium Προαιρετική κάλυψη	Ασφάλιση ατυχήματος Προαιρετική κάλυψη
<input type="checkbox"/> LUX <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ	<input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 1.500€ <input type="checkbox"/> 3.000€ <input type="checkbox"/> 5.000€ <input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> 1.500.000€ ¹ <input type="checkbox"/> 600.000€ <input type="checkbox"/> 200.000€ ¹	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση Ασφαλισμένα κεφάλαια: <input type="checkbox"/> 5.000€ <input type="checkbox"/> 25.000€ <input type="checkbox"/> 50.000€ <input type="checkbox"/> 75.000€ <input type="checkbox"/> 100.000€ Ιατροφαρμακευτικά έξοδα: 1.500€

Ασφαλισμένος 3: Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Θέση Νοσηλείας	Εκπιπτόμενο ποσό	Ανώτατο όριο	Alpha Υγεία για Όλους Premium Προαιρετική κάλυψη	Ασφάλιση ατυχήματος Προαιρετική κάλυψη
<input type="checkbox"/> LUX <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ	<input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 1.500€ <input type="checkbox"/> 3.000€ <input type="checkbox"/> 5.000€ <input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> 1.500.000€ ¹ <input type="checkbox"/> 600.000€ <input type="checkbox"/> 200.000€ ¹	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση Ασφαλισμένα κεφάλαια: <input type="checkbox"/> 5.000€ <input type="checkbox"/> 25.000€ <input type="checkbox"/> 50.000€ <input type="checkbox"/> 75.000€ <input type="checkbox"/> 100.000€ Ιατροφαρμακευτικά έξοδα: 1.500€

Ασφαλισμένος 4: Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Θέση Νοσηλείας	Εκπιπτόμενο ποσό	Ανώτατο όριο	Alpha Υγεία για Όλους Premium Προαιρετική κάλυψη	Ασφάλιση ατυχήματος Προαιρετική κάλυψη
<input type="checkbox"/> LUX <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ	<input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 1.500€ <input type="checkbox"/> 3.000€ <input type="checkbox"/> 5.000€ <input type="checkbox"/> 9.000€	<input type="checkbox"/> 1.500.000€ ¹ <input type="checkbox"/> 600.000€ <input type="checkbox"/> 200.000€ ¹	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση	<input type="checkbox"/> Προσθήκη <input type="checkbox"/> Αφαίρεση Ασφαλισμένα κεφάλαια: <input type="checkbox"/> 5.000€ <input type="checkbox"/> 25.000€ <input type="checkbox"/> 50.000€ <input type="checkbox"/> 75.000€ <input type="checkbox"/> 100.000€ Ιατροφαρμακευτικά έξοδα: 1.500€

¹ Στις 200.000 δεν παρέχεται θέση Lux & A, στο 1.500.000 δεν παρέχεται θέση Γ.

5. Εκπτώσεις Συνεργασίας Generali

Εκπτώσεις συνεργασίας	Αριθμός Συμβολαίου	Ονοματεπώνυμο κατόχου
Επένδυση		
Ατομ. Συμβ. Ζωής*		
Σκάφος		
Πυρός		
Αυτοκίνητο		

* Εξαιρείται το Alpha Υγεία για Όλους Classic, καθώς και τα ατομικά πιστοποιητικά που αφορούν ομαδική ασφάλιση δανειοληπτών (Alpha Ασφάλιση Δανειολήπτη κτλ.)

6. Εκπτώσεις Συνεργασίας Alpha Bank

Gold Enter Amex πελάτης	<input type="checkbox"/>	Gold Enter Amex πελάτης	<input type="text"/>
Πελάτης Private	<input type="checkbox"/>	Αριθμός σύμβασης πελάτη	<input type="text"/>
Υπάλληλος Alpha Bank	<input type="checkbox"/>	Αρ. Μητρώου	<input type="text"/>
Πελάτης Μισθοδοσίας	<input type="checkbox"/>		

7. Αλλαγή τρόπου και συχνότητας καταβολής ασφαλιστρών

Συχνότητα πληρωμής: Ετήσια Εξαμηνιαία Τριμηνιαία Μηνιαία*
Τρόπος πληρωμής: Πάγια Εντολή Τράπεζας Πιστωτική Κάρτα Ταχυπληρωμή

* Η μηνιαία συχνότητα ασφαλιστρου μπορεί να δοθεί μόνο με επιλογή Πάγιας Εντολής Τράπεζας ή Πιστωτικής Κάρτας.

8. Τηλεφωνική Συνέντευξη Ιατρικού Ερωτηματολογίου

Σας παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία σε περίπτωση προσθήκης ασφαλιζόμενου μέλους ή μείωσης εκπιπτομένου ή αύξησης Θέσης Νοσηλείας και αύξησης ανώτατου ορίου.

Ασφαλισμένοι	Προτεινόμενες ημέρες
Ασφαλισμένος 1	<input type="checkbox"/> Δευτέρα <input type="checkbox"/> Τρίτη <input type="checkbox"/> Τετάρτη <input type="checkbox"/> Πέμπτη <input type="checkbox"/> Παρασκευή
	Προτεινόμενες ώρες
	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00 <input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00 <input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00 <input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00
	Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): <input type="text"/>
Ασφαλισμένος 2	<input type="checkbox"/> Δευτέρα <input type="checkbox"/> Τρίτη <input type="checkbox"/> Τετάρτη <input type="checkbox"/> Πέμπτη <input type="checkbox"/> Παρασκευή
	Προτεινόμενες ώρες
	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00 <input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00 <input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00 <input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00
	Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): <input type="text"/>
Ασφαλισμένος 3	<input type="checkbox"/> Δευτέρα <input type="checkbox"/> Τρίτη <input type="checkbox"/> Τετάρτη <input type="checkbox"/> Πέμπτη <input type="checkbox"/> Παρασκευή
	Προτεινόμενες ώρες
	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00 <input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00 <input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00 <input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00
	Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): <input type="text"/>
Ασφαλισμένος 4	<input type="checkbox"/> Δευτέρα <input type="checkbox"/> Τρίτη <input type="checkbox"/> Τετάρτη <input type="checkbox"/> Πέμπτη <input type="checkbox"/> Παρασκευή
	Προτεινόμενες ώρες
	<input type="checkbox"/> 09:00 - 12:00 <input type="checkbox"/> 12:00 - 15:00 <input type="checkbox"/> 15:00 - 18:00 <input type="checkbox"/> 18:00 - 20:00
	Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): <input type="text"/>

9. Παρατηρήσεις για την Τηλεφωνική Συνέντευξη Ιατρικού Ερωτηματολογίου

Για τους ανήλικους ασφαλιζόμενους δηλώστε τα παρακάτω στοιχεία για τον κηδεμόνα:

Όνοματεπώνυμο: _____ Σχέση κηδεμόνα με ανήλικο: _____

Τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό): _____

Μέρες και ώρες επικοινωνίας: _____

Γενικά σχόλια για την Τηλεφωνική Συνέντευξη: _____

10. Επαναφορά ασφαλιστηρίου

Δήλωση καλής υγείας

Επιθυμώ επαναφορά του Ασφαλιστηρίου μου. Δηλώνω υπεύθυνα ότι η κατάσταση της υγείας μου και των ατόμων που καλύπτονται με το Ασφαλιστήριο αυτό δεν έχει μεταβληθεί από την ημερομηνία ακύρωσής του, καθώς επίσης ούτε εγώ ούτε τα καλυπτόμενα πρόσωπα έχουμε ασθενήσει ή έχουμε επισκεφθεί ιατρό για οποιαδήποτε αιτία σε αυτό το διάστημα.

Ισχύει η πιο πάνω δήλωση για εσάς και όλα τα άτομα που καλύπτονται με το Ασφαλιστήριο αυτό;

Ασφαλισμένος 1 Ναι Όχι Ασφαλισμένος 3 Ναι Όχι

Ασφαλισμένος 2 Ναι Όχι Ασφαλισμένος 4 Ναι Όχι

11. Σημαντικές Πληροφορίες

Διαδικασία ασφάλισης:

Βήμα 1: Ιατρικός συνεργάτης της Generali θα σας καλέσει για τηλεφωνική συνέντευξη σχετικά με την υγεία σας.

Τι πρέπει να γνωρίζετε για την τηλεφωνική συνέντευξη

Η τηλεφωνική συνέντευξη είναι μια σύγχρονη, σύντομη και αποτελεσματική μέθοδος επικοινωνίας που αποσκοπεί στην εύκολη συλλογή πληροφοριών από την Generali για τη συμπλήρωση του ιατρικού ερωτηματολογίου και την επιβεβαίωση των προσωπικών στοιχείων όλων των μελών που πρόκειται να ασφαλιστούν. Αποτελεί απαραίτητο βήμα για να αξιολογήσουμε την αίτησή σας και στη συνέχεια να εκδώσουμε γρήγορα το ασφαλιστήριό σας. Η διάρκεια της θα είναι περίπου 15 λεπτά για κάθε ασφαλιζόμενο μέλος.

Για τους ανήλικους ασφαλιζόμενους η τηλεφωνική συνέντευξη θα πραγματοποιηθεί με τον κηδεμόνα τους, στα στοιχεία επικοινωνίας που θα μας δηλώσετε.

Στη διάρκεια της τηλεφωνικής συνέντευξης θα πρέπει να έχετε μαζί σας (τόσο για εσάς όσο και για τα ανήλικα μέλη που επιθυμείτε να ασφαλίσετε):

- Α.Δ.Τ. ή Αρ. Διαβατηρίου, Α.Φ.Μ. και Α.Μ.Κ.Α.
- Έγγραφα που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας:
 - Βιβλιάριο Υγείας
 - Συνταγολόγιο
 - Ιστορικά νοσηλείων ή επεμβάσεων
 - Αποτελέσματα ιατρικών ελέγχων ή εξετάσεων

Βήμα 2: Μετά την ολοκλήρωση της τηλεφωνικής συνέντευξης θα αξιολογήσουμε όλα τα στοιχεία που μας έχετε δώσει. Έχοντας ως στόχο να αξιολογήσουμε σωστά την αίτησή σας.

- Για τις ηλικίες από 0 έως 59 ετών εφόσον κριθεί απαραίτητο από τις απαντήσεις σας στην τηλεφωνική συνέντευξη να σας ζητήσουμε να υποβληθείτε σε ιατρικό έλεγχο.
- Για τις ηλικίες από 60 έως 65 ετών, αφού ολοκληρωθεί η τηλεφωνική συνέντευξη, θα σας ζητήσουμε να υποβληθείτε στις παρακάτω ιατρικές εξετάσεις με έξοδα της Generali: ιατρική εξέταση παθολόγου, γενική ούρων, γενική αίματος, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c).
- Υπάρχει πιθανότητα να σας ζητήσουμε να υποβληθείτε σε περαιτέρω ιατρικό έλεγχο.

- Σε περίπτωση που ζητηθεί περαιτέρω ιατρικός έλεγχος μπορείτε να μας προσκομίσετε τα αποτελέσματα των παρακάτω ιατρικών εξετάσεων, αν τα έχετε ήδη: ηλεκτροκαρδιογράφημα (έως 6 μηνών), τεστ κόπωσης και άλλοι καρδιολογικοί έλεγχοι (έως 10 μηνών), υπέρηχος καρδιάς (έως 10 μηνών), απεικονιστικές εξετάσεις γενικών (έως 6 μηνών), αιματολογικές εξετάσεις πλιν γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (έως 6 μηνών), γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (έως 3 μηνών), μαστογραφίες (έως 12 μηνών), γενική ούρων (έως 2 μηνών).

Σε συνέχεια των παραπάνω θα διερευνήσουμε λεπτομερώς τη δυνατότητα να ασφαλιστείτε στην Εταιρεία μας, και σε περίπτωση που η ασφάλιση προχωρήσει, θα ενημερωθείτε για τους ακριβείς όρους της ασφάλισης (τελικό ασφάλιστρο, ειδικές συμφωνίες αν χρειάζονται κ.ο.κ.).

Βήμα 3: Θα ενημερωθείτε από “την Γραμμή εξυπηρέτησης Alpha Global Medical Care για την τελική απόφαση της Εταιρείας μας και εφόσον συμφωνήσετε, θα προχωρήσουμε με την έκδοση και την αποστολή του ασφαλιστηρίου σας.

Βήμα 4: Η διαδικασία ολοκληρώνεται με την είσπραξη της πρώτης δόσης του ασφαλιστηρίου σας, σύμφωνα με τον τρόπο πληρωμής που έχετε επιλέξει. Η καταβολή του ασφαλιστρού επιβεβαιώνει την αποδοχή των όρων του ασφαλιστηρίου και ενεργοποιεί την έναρξη ισχύος του προγράμματος.

Εάν έχετε επιλέξει ως τρόπο πληρωμής την πάγια εντολή μέσω κάρτας ή λογαριασμού, συμπληρώστε τα αντίστοιχα έντυπα πάγιας εξουσιοδότησης κάρτας ή λογαριασμού που θα βρείτε στο www.generaligr.

Σημειώστε ότι σε περίπτωση συνέχισης της ασφάλισής σας από:

- Την Generali, απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας είναι να υπάρχει ασφαλιστήριο σε ισχύ και να είναι πληρωμένο έως και ένα μήνα πριν την υπογραφή της αίτησης
- Άλλη ασφαλιστική εταιρεία, απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας, είναι η αποστολή των παρακάτω εγγράφων: αντίγραφο του συμβολαίου με διακριτούς τους όρους ασφάλισης (το συμβόλαιο πρέπει να είναι σε ισχύ τουλάχιστον 2 χρόνια) και τελευταία απόδειξη πληρωμής από την οποία θα αποδεικνύεται ότι το συμβόλαιο ήταν σε ισχύ έως την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.

12. Συνέχιση της Ασφάλισης

Εάν επιθυμείτε συνέχιση της ασφάλισης, θα πρέπει να δηλωθούν τα εξής: εταιρεία Generali (ή άλλη), ονοματεπώνυμο ασφαλιζόμενου μέλους και αριθμός ασφαλιστηρίου:

- A) Εάν η συνέχιση της ασφάλισης προέρχεται από την Generali, απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας είναι να ισχύουν τα ακόλουθα:
- Εν ισχύ ασφαλιστήριο.
 - Πληρωμένο έως και ένα μήνα πριν την υπογραφή της αίτησης Alpha Global Medical Care.
- B) Εάν η συνέχιση της ασφάλισης προέρχεται από άλλη εταιρεία, απαραίτητη προϋπόθεση για να εξετάσουμε το αίτημά σας είναι η αποστολή των παρακάτω εγγράφων:
- Αντίγραφο του ασφαλιστηρίου με διακριτικούς τους όρους της ασφάλισης (το ασφαλιστήριο πρέπει να είναι σε ισχύ τουλάχιστον 2 έτη).
 - Τελευταία απόδειξη πληρωμής από την οποία θα αποδεικνύεται ότι το ασφαλιστήριο ήταν σε ισχύ έως την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης Alpha Global Medical Care.

13. Παρατηρήσεις/Ειδικές Οδηγίες/Ακύρωση ασφαλιστηρίου

Επιθυμώ να ακυρώσω το ασφαλιστήριό μου

14. Δηλώσεις προς την Generali Hellas A.A.E.

1. Δηλώνω και αποδέχομαι ότι κανένα από τα υποψήφια προς ασφάλιση μέλη του αιτούμενου ασφαλιστηρίου δεν έχουν λάβει, δε λαμβάνουν, και δεν τους έχει συσταθεί φαρμακευτική αγωγή ή χειρουργική επέμβαση για κάποιο από τα παρακάτω νοσήματα: Καρκίνος, Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, Εγκεφαλικές αιμορραγίες και ανευρύσματα, Στεφανιαία Νόσος, Byrpass, Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου I και II, Ανεπάρκειες/μεταμοσχεύσεις ζωτικών οργάνων, Νόσος Crohn, Ελκώδης Κολίτιδα, Ηπατίτιδα C/D/E, HIV I και II, Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος, Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, Σκλήρυνση κατά πλάκας.
2. Αντιλαμβάνομαι ότι τα στοιχεία της παρούσας αίτησης μετατροπής προς την Generali Hellas A.A.E. είναι πλήρη και αληθινά και θα αποτελέσουν τη βάση για την έκδοση του ασφαλιστηρίου.
3. Δηλώνω ότι τα ασφαλισμένα μέλη είναι ενήμερα για τις μεταβολές που προκύπτουν από την παρούσα αίτηση και ενδέχεται να επηρεάσουν την ασφαλισιμότητά τους (τροποποιήσεις κάλυψης). Σε κάθε περίπτωση, η επικοινωνία με τους ασφαλισμένους έγκειται στη διακριτική ευχέρεια της εταιρείας.
4. Με την αίτηση αυτή εξουσιοδοτώ κάθε νόμιμο εκπρόσωπο της Εταιρείας καθώς και συνεργαζόμενο γιατρό και πάροχο υγείας να συλλέγει ιατρικές πληροφορίες μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης. Αυτοί μπορούν επίσης να κατέχουν τώρα ή να αποκτήσουν στο μέλλον πληροφορίες σχετικές με την κατάσταση της υγείας μου και της υγείας των μελών της οικογένειάς μου που ασφαλίζονται στο ασφαλιστήριο, να τις αναφέρουν στην Generali Hellas A.A.E. για όσο χρονικό διάστημα εγώ ή τα υπόλοιπα μέλη έχουμε αξίωση καταβολής αποζημίωσης από οποιαδήποτε κάλυψη του ασφαλιστηρίου.
5. Δηλώνω και αποδέχομαι ότι τα συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και οι πάροχοι εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ενημερώνουν την Generali Hellas A.A.E. για τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, χωρίς όμως να συμπεριλαμβάνονται τα αποτελέσματα και το περιεχόμενό τους.
6. Αποδέχομαι να επικοινωνεί η Εταιρεία μαζί μου στην ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) ή/και στον αριθμό κινητού ή σταθερού τηλεφώνου που έχω δηλώσει, προκειμένου να με ενημερώνει τόσο για θέματα που αφορούν στο παρόν αιτούμενο ασφαλιστήριο όσο και για τις προωθητικές ενέργειες/ενημερώσεις της Εταιρείας, που πιθανώς με αφορούν.
7. Το ασφαλιστήριο θα είναι τυπωμένο μόνο στην ελληνική γλώσσα, το εφαρμοστέο Δίκαιο θα είναι μόνο το ελληνικό και τα αρμόδια Δικαστήρια για την επίλυση οποιασδήποτε διαφοράς θα είναι τα δικαστήρια της Αθήνας, που αποτελεί έδρα της Generali Hellas A.A.E.

15. ΔΗΛΩΣΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

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 Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία (η «Generali») θα χρησιμοποιήσει τα Προσωπικά Δεδομένα σας με την ιδιότητά της ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας Δεδομένων (Data Controller). Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στην παρακάτω διεύθυνση: Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα, Τηλέφωνο: 210 80 96 100, <https://www.generaligr/el/epikooinwnia/>.

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 με επιστολή στη διεύθυνση της Generali με την ένδειξη Υπόψη Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων ή στο e-mail: compliance.dataprotection@generaligr.

2. 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 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
6. για την καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης
7. για την εμπορική προώθηση ασφαλιστικών προϊόντων της Generali

Στις περιπτώσεις 1), 2) και 3) ανωτέρω, νομική βάση της επεξεργασίας των Προσωπικών σας Δεδομένων είναι η εκτέλεση των αναγκαίων προσυμβατικών ενεργειών και η εκπλήρωση των όρων του ασφαλιστηρίου σας, εάν αυτό καταρτιστεί (άρθρο 6 § 1 (β) του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων. Η επεξεργασία ειδικών κατηγοριών Προσωπικών Δεδομένων σας, που αφορούν στην υγεία σας, γίνεται μόνο με τη ρητή συγκατάθεσή σας, στη βάση της διάταξης του άρθρου 9 § 2 (α) του ΓΚΠΔ. Στις περιπτώσεις 4) και 6) ανωτέρω, η επεξεργασία γίνεται στη βάση της διάταξης του άρθρου 6 § 1 (στ) του ΓΚΠΔ, για την ικανοποίηση εννόμων συμφερόντων της Generali. Στην περίπτωση 5) ανωτέρω, νομική βάση της επεξεργασίας των Προσωπικών σας Δεδομένων είναι η συμμόρφωση της Generali με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο (άρθρο 6 § 1 (γ) του ΓΚΠΔ), ενώ, τέλος, στην περίπτωση 7), νομική βάση είναι η συγκατάθεσή σας (άρθρο 6 § 1 (α) του ΓΚΠΔ).

3. 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

Αποκτήσαμε πρόσβαση στα Προσωπικά Δεδομένα που σας αφορούν είτε απευθείας από εσάς είτε μέσω της ALPHA BANK A.E.

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

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 τη μητρική εταιρεία 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, χωρίς την προηγούμενη ρητή σας συγκατάθεση.

5. 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.

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 (www.generaligr). Μπορείτε να ασκήσετε τα δικαιώματά σας μέσω της ιστοσελίδας μας ή, εναλλακτικά, μπορείτε να επικοινωνήσετε απευθείας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων στο compliance.dataprotection@generaligr για την άσκηση των δικαιωμάτων σας, καθώς και για κάθε άλλη πληροφορία.

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.

9. Αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ

Για την εκτίμηση της αίτησης για ασφάλιση θα επεξεργαστούμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας με αυτοματοποιημένο τρόπο, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ. Η αυτοματοποιημένη διαδικασία θα εξετάσει την αίτηση ασφάλισης με βάση τους κανόνες ανάληψης κινδύνου της Generali και θα εκδώσει μια συγκεκριμένη πρόταση ασφάλισης. Η συγκεκριμένη αυτοματοποιημένη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει τη χρήση αλγορίθμων, βασίζεται σε μαθηματικές/στατιστικές αναλύσεις των κρίσιμων από την άποψη της ασφαλιστικής τεχνικής παραμέτρων, που στοχεύουν στη σωστή αξιολόγηση του υπό ανάληψη κινδύνου και στον καθορισμό του κατάλληλου αναλογικού ύψους ασφαλιστρού.

Πιο αναλυτικά, η λογική της αυτοματοποιημένης επεξεργασίας καθιστά δυνατή: i) την αντικειμενική αξιολόγηση του κινδύνου, ii) την ένταξη του σε ομοιογενή ομάδα κινδύνων με βάση ιδίως τη συχνότητα και iii) την ένταση των ζημιών που ενδέχεται ο εν λόγω κίνδυνος να επιφέρει, ως και την ορθή τιμολόγησή του. Η αυτοματοποιημένη επεξεργασία αφορά δεδομένα που έχετε εσείς παράσχει μέσω της αίτησης ασφάλισης καθώς και δεδομένα σας που μπορεί να συλλέγονται από τρίτες πηγές. Με βάση την εν λόγω αυτοματοποιημένη επεξεργασία, είναι δυνατόν να προκύψει διαφοροποίηση στο ασφαλιστρού.

Σε σχέση με αυτή την Επεξεργασία, έχετε το δικαίωμα να μην υπόκεισθε σε οποιαδήποτε απόφαση, εάν αυτή η απόφαση βασίζεται αποκλειστικά σε αυτοματοποιημένη επεξεργασία και παράγει έννομα αποτελέσματα για εσάς ή σας επηρεάζει σημαντικά. Δικαιούστε, επίσης να διατυπώσετε την άποψή σας επ' αυτής της απόφασης, να ενημερωθείτε για την αιτιολογία αυτής και να αμφισβητήσετε το περιεχόμενό της. Για την άσκηση όλων των προαναφερόμενων δικαιωμάτων σας, μπορείτε να απευθυνθείτε στο αρμόδιο Τμήμα ή στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (αποστέλλοντας σχετικό αίτημα στο email: compliance.dataprotection@generaligr, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμετζή 40, 11745 Αθήνα, υπόψιν του αρμόδιου Τμήματος/Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων).

Η Generali, τέλος, ενδέχεται να κάνει χρήση αυτοματοποιημένων διαδικασιών κατά τη διάρκεια ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης προκειμένου να διενεργεί ελέγχους για την αποφυγή ασφαλιστικής εξαπάτησης και για τη συμμόρφωσή της με υποχρεώσεις που απορρέουν από τη νομοθεσία για την αποφυγή του ξεπλύματος χρήματος και την αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με χρηματοοικονομικούς λογαριασμούς.

Έχω ενημερωθεί για την ως άνω επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων όπως ειδικά αυτή ορίζεται στο παρόν έγγραφο και δηλώνω παρακάτω εάν συναινώ στην επεξεργασία των ειδικών κατηγοριών προσωπικών μου δεδομένων (δεδομένων υγείας), για το σκοπό της σύναψης του ασφαλιστήριου, της διαχείρισης της λειτουργίας αυτού και των υποχρεώσεων που προκύπτουν εξ αυτού, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης.

Συμβαλλόμενος

10. Επεξεργασία δεδομένων παιδιών

Ενημερώθηκα ότι για ανήλικους κάτω των 15 ετών ή άλλου εκ του νόμου ηλικιακού ορίου οι οποίοι συμμετέχουν στην ασφάλιση με την ιδιότητα του ασφαλισμένου ή και δικαιούχου, η επεξεργασία είναι σύνηθες μόνο εάν η συγκατάθεση παρέχεται ή εγκρίνεται από το πρόσωπο που έχει τη γονική μέριμνα του ανηλίκου.

Ενημερώθηκα επίσης ότι ο ανήλικος θα πρέπει να δώσει αυτοπροσώπως τη συγκατάθεσή του όταν συμπληρώσει το 15ο έτος της ηλικίας του ή την εκάστοτε εκ του νόμου προβλεπόμενη ηλικία.

11. Δήλωση ενημέρωσης και συγκατάθεσης ειδικά για σκοπούς marketing

Ενημερώθηκα ρητώς, ότι η Εταιρεία θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Εταιρείας.

Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας, έχω το δικαίωμα να εναντιωθώ ανά πάσα στιγμή σε αυτή και να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου, μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην Εταιρεία (αποστέλλοντας σχετικό αίτημα στο email: compliance.dataprotection@generaligr ή fax στο +30 210 726 8810, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμετζή 40, 11745 Αθήνα, υπόψιν του αρμόδιου Τμήματος/Υπεύθυνου για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της Εταιρείας).

Ο Συμβαλλόμενος

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων από την Εταιρεία για σκοπούς marketing και Συναινώ ΔΕΝ Συναινώ

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή Συμβαλλόμενου _____
(Εφόσον διάφορος του Ασφαλιζόμενου)

Υπογραφή Καταστήματος _____



Η ΑΛΦΑ ΤΡΑΠΕΖΑ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΙΑ (εφεξής «Τράπεζα»), παράλληλα με την ιδιότητά της ως πιστωτικού ιδρύματος, έχει και την ιδιότητα του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή. Με το παρόν έντυπο παρέχονται στους ενδιαφερομένους να συνάψουν ασφαλιστική σύμβαση με τη διαμεσολάβηση της Τράπεζας οι πληροφορίες που προβλέπονται εκ του Νόμου, ως ακολούθως:

Στοιχεία της Τράπεζας

Επωνυμία: «ΑΛΦΑ ΤΡΑΠΕΖΑ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΙΑ»

Διακριτικός τίτλος: "ALPHA BANK"

ΑΦΜ: 996807331

Αρ. Γ.Ε.Μ.Η.: 159029160000

Έδρα: Σταδίου 40, 102 52 ΑΘΗΝΑ

Τηλεφωνικό κέντρο: 210 326 0000

Ιστοσελίδα: www.alpha.gr

Πληροφορίες για την εγγραφή της Τράπεζας ως ασφαλιστικού πράκτορα στο Ειδικό Μητρώο του Επαγγελματικού Επιμελητηρίου Αθηνών

Η Τράπεζα είναι εγγεγραμμένη ως ασφαλιστικός πράκτορας στο Ειδικό Μητρώο του Επαγγελματικού Επιμελητηρίου Αθηνών (Ελευθερίου Βενιζέλου 44 και Χαριλάου Τρικούπη, 106 79 ΑΘΗΝΑ, τηλ.: 210 360 1651, telefax: 210 361 9735) με αριθμό 7933. Τα ανωτέρω στοιχεία της Τράπεζας μπορείτε επίσης να επιβεβαιώσετε μέσω του Ενιαίου Σημείου Πληροφόρησης Ενεργών Ασφαλιστικών Διαμεσολαβητών, στην ιστοσελίδα <http://insuranceregistry.uhc.gr/>.

Πληροφορίες για τη συνεργασία της Τράπεζας με ασφαλιστικές επιχειρήσεις

Η Τράπεζα είναι κατά 100% θυγατρική της εταιρίας «ALPHA ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΩΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» η οποία έχει επίσης την ιδιότητα του ασφαλιστικού πράκτορα και είναι εγγεγραμμένη στο σχετικό μητρώο του Επαγγελματικού Επιμελητηρίου Αθηνών με αριθμό 1029. Η Τράπεζα ασκεί δραστηριότητες ασφαλιστικής διαμεσολάβησης κατόπιν σχετικής ανάθεσης από την ως άνω μητρική της εταιρία, αποκλειστικά για τις ασφαλιστικές εταιρίες με τις οποίες η τελευταία συμβάλλεται, ενεργώντας στο όνομα και για λογαριασμό αυτών. Στο πλαίσιο αυτό, συγκεκριμένα, η Τράπεζα διανέμει αποκλειστικά τα ασφαλιστικά προϊόντα των ακόλουθων ασφαλιστικών επιχειρήσεων:

- «Generali Hellas Ανώνυμος Ασφαλιστική Εταιρία» για όλους τους κλάδους ασφάλισης ζημιών και ζωής, με εξαίρεση τα συνταξιοδοτικά προϊόντα και τα επενδυτικά προϊόντα βασιζόμενα σε ασφάλιση,
- «AlphaLife Ανώνυμος Ασφαλιστική Εταιρία Ζωής» μόνο για συνταξιοδοτικά προϊόντα και επενδυτικά προϊόντα βασιζόμενα σε ασφάλιση.
- «Ιντεραμερικαν Ελληνική Εταιρία Ασφαλίσεων Ζημιών Μονοπρόσωπη Α.Ε.» για προϊόντα αγροτικών ασφαλίσεων του κλάδου ζημιών.

Άμεση ή έμμεση συμμετοχή της Τράπεζας σε ασφαλιστική επιχείρηση που φθάνει ή υπερβαίνει το 10% των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου της επιχείρησης

Η Τράπεζα δεν κατέχει οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση συμμετοχή σε ασφαλιστικές επιχειρήσεις.

Άμεση ή έμμεση συμμετοχή ασφαλιστικής επιχείρησης ή μητρικής ασφαλιστικής επιχείρησης στην Τράπεζα που φθάνει ή υπερβαίνει το 10% των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου της Τράπεζας

Η μητρική της Τράπεζας εταιρία, «ALPHA ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΩΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ», είναι επίσης μητρική εταιρία της ασφαλιστικής εταιρίας «AlphaLife Ανώνυμος Ασφαλιστική Εταιρία Ζωής» κατέχοντας το σύνολο (100%) των μετοχών αυτής.

Παροχή Συμβουλών από την Τράπεζα στο πλαίσιο της διανομής ασφαλιστικών προϊόντων

Η Τράπεζα παρέχει συμβουλές σχετικά με τα πωλούμενα ασφαλιστικά προϊόντα, σύμφωνα με τις προβλεπόμενες από την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία προϋποθέσεις.

Διαμεσολάβηση της Τράπεζα για τη σύναψη συμβάσεων επενδυτικών προϊόντων βασιζόμενων σε ασφάλιση

Η Τράπεζα διαμεσολαβεί και για τη σύναψη συμβάσεων επενδυτικών προϊόντων βασιζόμενων σε ασφάλιση διά των Υπαλλήλων της που κατέχουν την απαιτούμενη από το ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο πιστοποίηση γνώσεων.

Διαδικασία υποβολής παραπόνων

Η υποβολή στην Τράπεζα παραπόνου εκ μέρους του πελάτη και κάθε ενδιαφερόμενου (ενδεικτικά: ενώσεων καταναλωτών) μπορεί να γίνει:

- στο Δίκτυο των Καταστημάτων της, προφορικά ή εγγράφως
- στην Υπηρεσία Τηλεφωνικής Εξυπηρέτησης, στους αριθμούς τηλεφώνου 801 11 326 0000 ή 210 326 0000 (επιλογή 6), καθημερινώς 8.00-16.00
- στην ιστοσελίδα της Τράπεζας www.alpha.gr, στην ενότητα «Επικοινωνία»
- στην Υπηρεσία Πελατών της Διεύθυνσης Υποστηρικτικών Λειτουργιών, Λεωφόρος Αθηνών 105, 104 47 ΑΘΗΝΑ, 1ος όροφος

Διαδικασίες υποβολής καταγγελιών και εξωδικαστικής επίλυσης διαφορών

Οι πελάτες και οι άλλοι ενδιαφερόμενοι (ενδεικτικά: ενώσεις καταναλωτών) μπορούν να υποβάλουν έγγραφη καταγγελία στην Τράπεζα της Ελλάδος κατά της Τράπεζας ως ασφαλιστικού διαμεσολαβητή αναφορικά με πράξεις ή παραλείψεις της που συνιστούν παραβάσεις της κειμένης νομοθεσίας που διέπει την ασφαλιστική διαμεσολάβηση. Σε κάθε περίπτωση η Τράπεζα της Ελλάδος αποστέλλει εντός εύλογου χρόνου απάντηση προς τον καταγγέλλοντα για το περιεχόμενο της καταγγελίας του. Για την εξωδικαστική επίλυση των διαφορών τους με την Τράπεζα ως ασφαλιστικό διαμεσολαβητή, οι πελάτες μπορούν επίσης να προσφεύγουν στον Συνήγορο του Καταναλωτή, ο οποίος έχει συσταθεί με το ν. 3297/2004 (Α' 259) ή σε άλλους φορείς Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών οι οποίοι είναι νόμιμα καταχωρημένοι στο Μητρώο της Γενικής Διεύθυνσης Προστασίας Καταναλωτή και Εποπτείας της Αγοράς δυνάμει του άρθρου 18 της 70330οικ./30.6.2015 κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομίας, Υποδομών, Ναυτιλίας και Τουρισμού και Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (Β' 1421).

Μη λήψη εντολής είσπραξης ασφαλιστρών

Η Τράπεζα δεν έχει λάβει εντολή ή εξουσιοδότηση είσπραξης ασφαλιστρών για λογαριασμό των ασφαλιστικών επιχειρήσεων των οποίων τα προϊόντα προωθεί.

Αμοιβή της Τράπεζας σε σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης

Για τις εργασίες διαμεσολάβησης της η Τράπεζα αμειβεται από την εταιρία «ALPHA ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΩΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» με αμοιβή που συνίσταται σε ποσοστό των προμηθειών που λαμβάνει η τελευταία από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις με τις οποίες συνεργάζεται, οι οποίες προμήθειες ορίζονται κατά περίπτωση ως ποσοστό επί των ασφαλιστρών παραγωγής της. Επισημαίνεται ότι η Τράπεζα δεν λαμβάνει αμοιβή απευθείας από τον πελάτη για την παροχή συμβουλής προς αυτόν.