



ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΖΩΗΣ

Αριθμός Ασφαλιστηρίου: _____
Όνομ/νυμο Συνεργάτη: _____ Κωδικός Συνεργάτη: _____

1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
Όνομα: _____ ΑΔΤ/Αρ. Διαβ.: _____
Όνομα Πατέρα: _____ Υπηκοότητα: _____
Φύλο: Α Θ Δ/νση Κατ/κίας: _____
Ημ. Γέννησης: _____ Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____ Πόλη: _____
Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος Άγαμος Χήρος Διάζευγμένος Δήμος/Νομός: _____
Ιδιότητα: Φυσικό Πρόσωπο Νομικό Πρόσωπο Τηλ. Κατοικίας: _____
Ταμείο Ασφάλισης: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____
Α.Μ.Κ.Α.: _____ E-mail: _____
Επάγγελμα: _____

Στοιχεία Εργασίας

Επάγγελμα: _____ Δ/νση Εργασίας: _____ Αρ.: _____
Περιγραφή/Λεπτομέρειες: _____ Δήμος/Νομός: _____ Τ.Κ.: _____
_____ Τηλ. Εργασίας: _____

Στοιχεία Επικοινωνίας

Δ/νση Αλληλ/φίας: _____ Αριθμός: _____ Δήμος/Νομός: _____ Τ.Κ.: _____
Σταθερό Τηλέφωνο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____

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

Στοιχεία Παλαιού Συμβαλλομένου

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Υπογραφή: _____

2 ΑΛΛΑΓΗ - ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Τράπεζα (Επωνυμία)	Κατάστημα/κωδικός						
	Όνοματεπώνυμο	Όνομα Πατέρα	Ημ. Γέν.	Σχέση	%	Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
1.							
2.							
3.							

3 ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΥ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

Ετήσια Εξαμηνιαία Τριμηνιαία Μηνιαία*
 Πάγια Εντολή Τράπεζας Πιστωτική Κάρτα Ταχυπληρωμή
Ετήσια Αναπροσαρμογή του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή: 0% 100% 150% 200%

* Η μηνιαία συχνότητα καταβολής ασφαλιστρού αποτελεί διαθέσιμη επιλογή μόνο μέσω πάγιας εντολής χρέωσης τραπεζικού λογ/σμού ή πιστωτικής κάρτας

4 ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Υπάρχον Χαρ/κιο Ναι Όχι
Επένδυση Ναι Όχι
Μελλοντικών Ασφαλιστρον Ναι Όχι

___ AXA WF Defensive Optimal Income
___ AXA WF Optimal Income
___ AXA WF Framlington Sustainable Europe
___ AXA WF Framlington American Growth
___ AXA WF Framlington Emerging Markets
___ AXA WF Euro 7-10
___ AXA WF US High Yield Bonds
___ Alpha Blue Chips Ελληνικό Μετοχικό
___ Alpha Euro Aggregate Ομολογιακό
___ Alpha Επιθετικής Στρατηγικής Ελληνικό Μετοχικό
___ Alpha Fund of Funds Cosmos Stars Silk Route Asia Μετοχικό
___ Alpha Fund of Funds Cosmos Stars Europe Μετοχικό
___ Alpha Fund of Funds Cosmos Stars Usa Μετοχικό
___ Alpha Global Allocation Μικτό
___ Alpha Ελληνικό Μικτό
___ Alpha Ελληνικό Ομολογιακό

Στην περίπτωση που επιθυμείτε αλλαγή του υπάρχοντος χαρτοφυλακίου επενδύσεων ή/και των μελλοντικών ασφαλιστρον στη νέα επενδυτική επιλογή σας, σημειώστε Ναι ή Όχι αντίστοιχα.

5 ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ-ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ-ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

A. Γενικές Ερωτήσεις

	Ασφαλιζόμενος		Συμβαλλόμενος		Εξαρτ. Μέλη
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	
1. Έχετε ασφαλιστήρια Ζωής, Ιατρικής Περίθαλψης ή Ατυχημάτων σε άλλες ασφαλιστικές εταιρείες; (ατομικά ή/και ομαδικά προγράμματα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Είστε αθλητής ερασιτεχνικού ή επαγγελματικού σωματείου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ασχολείστε ή προτίθεστε να ασχοληθείτε με: ορειβασία, οδήγηση ιδιωτικού αεροπλάνου ή ανεμόπτερου, πτώση με αλεξίπτωτο, αγώνες μηχανοκίνητων οχημάτων, καταδύσεις με τη βοήθεια φιαλών πεπιεσμένων αερίων, πάλη, πυγμαχία, πολεμικές τέχνες, άλλα σπορ ή άλλες επικίνδυνες δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Οδηγείτε μοτοσυκλέτα; Αναφέρατε κυβισμό. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. α) Περιγράψτε λεπτομερώς το κύριο και το τυχόν δευτερεύον επάγγελμά σας. _____					
β) Γνωρίστε μας ποιες είναι κατά μέσο όρο οι μηνιαίες καθαρές αποδοχές από την προσωπική σας εργασία.	_____	_____	_____	_____	_____
6. Έχετε πάρει απαλλαγή στράτευσης ή αναβολή κατάταξης από τις ένοπλες δυνάμεις; Αναφέρατε τους λόγους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Ιατρικές Ερωτήσεις

	Ασφαλιζόμενος		Συμβαλλόμενος		Εξαρτ. Μέλη
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	
1. Είστε αριστερόχειρας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. α) Ποιο είναι το ύψος και το βάρος σας; _____					
β) Παρατηρήσατε μεταβολή του βάρους σας τους τελευταίους 6 μήνες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. α) Καπνίζατε ή καπνίζατε τα τελευταία 5 έτη; _____ Αν ναι, πόσα τσιγάρα/πούρα την ημέρα και για πόσο χρονικό διάστημα; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Κάνατε ή κάνετε χρήση ναρκωτικών ουσιών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά; _____ Εάν ναι, σημειώστε στις παρατηρήσεις τι είδους ποτά και πόσα ποτήρια την ημέρα κατά μέσο όρο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) Υποβλήθηκατε ή υποβάλλεσθε σε θεραπεία για υπερβολική χρήση αλκοόλ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Έχετε κάποιες μορφές ανικανότητας; Αν ναι, έχετε υποβάλει αίτημα για συνταξιοδότηση ή είστε ήδη συνταξιούχος από το ταμείο της κύριας κοινωνικής ασφάλισής σας για οποιοδήποτε λόγο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Πάσχετε, έχετε νοσηλευθεί, υποβληθεί ή σας έχει συσταθεί οποιασδήποτε μορφής θεραπευτική αγωγή, χρόνια ή μη, για οποιαδήποτε από τις παρακάτω παθήσεις; Καρκίνος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, εγκεφαλικές αιμορραγίες και ανευρύσματα, στεφανιαία νόσος, bypass, ζακχαρώδης διαβήτης τύπου I και II, παθήσεις θυρεοειδούς, υπέρταση, ανεπάρκειες/μεταμοσχεύσεις ζωτικών οργάνων, παθήσεις γαστρεντερικού συστήματος, πάγκρεας, νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα, ηπατίτιδα B/C/D/E, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, HIV I και II, ρευματοειδή αρθρίτιδα, παθήσεις κεντρικού νευρικού συστήματος, παθήσεις - κακώσεις μυοσκελετικού συστήματος, σκλήρυνση κατά πλάκας, νευρολογικές ή ψυχωσικές διαταραχές, παθήσεις αίματος, παθήσεις αναπνευστικού συστήματος, παθήσεις νεφρών ή άλλες παθήσεις ουροποιογεννητικού συστήματος.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Έχετε παραμείνει εκτός εργασίας για χρονικό διάστημα άνω των 10 συνεχόμενων ημερών, λόγω ασθένειας ή ατυχήματος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. α) Ακολουθείτε ή ακολουθήσατε κάποια φαρμακευτική αγωγή τα τελευταία 3 έτη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Έχετε νοσηλευθεί ή υποβληθεί σε επέμβαση τα τελευταία 10 έτη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Σκοπεύετε να νοσηλευθείτε ή να χειρουργηθείτε στο επόμενο διάστημα των 12 μηνών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Επεξηγήσατε λεπτομερώς τις καταφατικές απαντήσεις όλων των παραπάνω ερωτήσεων.

6 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ

Περιγραφή Καλύψεων	Διάρκεια Ασφάλισης	Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο	Ασφάλιστρο	Ημερ. Έναρξης	Επασφάλιστρο	Ημ.Λήξ. Επασφ.
Unit Linked - Επένδυση						
<input type="checkbox"/> Κάλυψη <input type="checkbox"/> Υπερ/νη Επένδυση						
Unit Linked - Ενιαίου Ασφαλίστρου						
Επενδυτική Επιλογή						
<input type="checkbox"/> AXA WF Defensive Optimal Income	<input type="checkbox"/> AXA WF Euro 7-10	<input type="checkbox"/> Alpha Fund of Funds Cosmos Stars Europe Μετοχικό				
<input type="checkbox"/> AXA WF Optimal Income	<input type="checkbox"/> AXA WF US High Yield Bonds	<input type="checkbox"/> Alpha Fund of Funds Cosmos Stars Usa Μετοχικό				
<input type="checkbox"/> AXA WF Framlington Sustainable Europe	<input type="checkbox"/> Alpha Blue Chips Ελληνικό Μετοχικό	<input type="checkbox"/> Alpha Global Allocation Μικτό				
<input type="checkbox"/> AXA WF Framlington American Growth	<input type="checkbox"/> Alpha Euro Aggregate Ομολογιακό	<input type="checkbox"/> Alpha Ελληνικό Μικτό				
<input type="checkbox"/> AXA WF Framlington Emerging Markets	<input type="checkbox"/> Alpha Επιθετικής Στρατηγικής Ελληνικό Μετοχικό	<input type="checkbox"/> Alpha Ελληνικό Ομολογιακό				
<input type="checkbox"/> Mόνιμη Ολική Ανικανότητα (Μ.Ο.Α.)	<input type="checkbox"/> (1-5)	<input type="checkbox"/> Απαλλαγή	<input type="checkbox"/> Προστασία Ασφαλίστρου Ανηλίκου			

Προστασία για όλους	Προστασία με Νόημα Ζωής					
	<input type="checkbox"/> Ανικανότητα <input type="checkbox"/> Απαλλαγή					
	<input type="checkbox"/> Αυτονομία					
	Κάλυψη Ζωής (Απλή)					
	<input type="checkbox"/> Απαλλαγή <input type="checkbox"/> Αυτονομία					
	ΕΞ - Ασφάλιση Δανείου					
	<input type="checkbox"/> Ανικανότητα					
	Εξασφάλιση Μηνιαίου Εισοδήματος					
	<input type="checkbox"/> Ανικανότητα <input type="checkbox"/> Απαλλαγή					
	<input type="checkbox"/> Σύνταξη Αυτονομίας					
Σύνταξη Αυτονομίας με Κεφάλαιο Ζωής Το ασφαλισμένο κεφάλαιο της κάλυψης «Κεφάλαιο Ζωής» θα πρέπει να είναι δεκαπλάσιο της μηνιαίας σύνταξης		Κεφάλαιο Ζωής:				
		Σύνταξη Αυτονομίας:				
Ατύχημα						
<input type="checkbox"/> Θάνατος και Ανικανότητα						
<input type="checkbox"/> Θάνατος						
<input type="checkbox"/> Ολική και Μερική Ανικανότητα						
<input type="checkbox"/> Έξοδα Ατυχήματος						
A. Ετήσια Καθαρά Ασφάλιστρα Επένδυσης και Προστασίας						

Υγεία για όλους	Χειρουργικό & Νοσοκομειακό Επίδομα					
	<input type="checkbox"/> Βασικό <input type="checkbox"/> Πλήρες <input type="checkbox"/> Plus					
	<input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 150					
	Επίδομα Νοσοκομειακής Περίθαλψης					
	Ημερήσιο Επίδομα από Ατύχημα					
	Απώλεια Εισοδήματος από Ασθένεια					
	Φροντίδα Εισοδήματος					
	Χειρουργικό Επίδομα					
	Σοβαρές Ασθένειες					
	<input type="checkbox"/> Απαλλαγή <input type="checkbox"/> Ειδική Απαλλαγή					
B. Ετήσια Καθαρά Ασφάλιστρα Υγείας						
Σύνολο Ετήσιων Καθαρών Ασφαλίστρων (A+B)						

7 ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

Όνοματεπώνυμο	Ημ. Γέννησης	Ατυχ.	Ατυχ. Εξωνόσ.	N.X.E.	E.N.Π.	X.E.	Διαγν.	Φροντ.
Σύζυγος								
Τέκνο 1ο								
Τέκνο 2ο								
Τέκνο 3ο								
Τέκνο 4ο								

Επάγγελμα συζύγου | _____

A.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ./Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. του/της συζύγου | _____

A.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ./Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. του/των τέκνου/τέκνων | _____

8 ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΑΛΥΨΕΩΝ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

9 ΛΟΙΠΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

- Αλλαγή Ονοματεπώνυμου _____ Αλλαγή Επαγγέλματος Ασφαλισμένου _____
- Αλλαγή Διάρκειας Βασικής Ασφάλισης _____ Ακύρωση Ασφαλιστηρίου Ακύρωση Σωματοφύλακα
- Παροχή Δανείου _____ € Αντίγραφο Ασφαλιστηρίου

Επαναφορά Ασφαλιστηρίου

Υπεύθυνα δηλώνω ότι η κατάσταση της υγείας μου δεν έχει μεταβληθεί από την ημερομηνία ακύρωσης του παρόντος ασφαλιστηρίου, καθώς επίσης δεν έχω ασθενήσει ή νοσηλευθεί ούτε έχω λάβει οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή κατά το διάστημα αυτό.

10 ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

11 ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ GENERALI HELLAS I A.A.E

Υπεύθυνα δηλώνω ότι τα στοιχεία της παρούσας αίτησης μετατροπής, καθώς και εκείνα που ενυπόγραφα έδωσα ή πρόκειται να δώσω σε ιατρούς εξουσιοδοτημένους από την Generali είναι πλήρη και αληθινά.

Εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε ιατρό, συνεργαζόμενο πάροχο υγείας και κάθε νόμιμο εκπρόσωπο της Εταιρείας να συλλέγει ιατρικές πληροφορίες τώρα ή/και στο μέλλον σχετικές με την κατάσταση της υγείας των εξαρτώμενων μελών της οικογένειας όπως αναφέρονται στο ασφαλιστήριο.

Τις πληροφορίες που θα συλλέξει θα τις αναφέρει στην Generali για όσο χρονικό διάστημα εγώ ή οι "δικαιούχοι" μου έχουν αξίωση καταβολής αποζημίωσης από οποιαδήποτε κάλυψη του ασφαλιστηρίου.

Υπεύθυνα δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση των όρων του κανονισμού του κάθε αμοιβαίου κεφαλαίου που έχω επιλέξει για να επενδυθεί το αποταμιευτικό μέρος των ασφαλίσεων και προσχωρώ ανεπιφύλακτα σε αυτούς.

12 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 Εταιρία (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.generali.gr/el/epikoinwnia/>

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@generali.gr

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 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, της πρόληψης και καταστολής της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες και της χρηματοδότησης της τρομοκρατίας
- vi) για την καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης
- vii) για την εμπορική προώθηση ασφαλιστικών προϊόντων της Generali

Στις περιπτώσεις i), ii) και iii) 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. Στις περιπτώσεις iv) και vi) ανωτέρω, η επεξεργασία γίνεται στη βάση της διάταξης του άρθρου 6 § 1 (στ) του ΓΚΠΔ, για την ικανοποίηση εννόμων συμφερόντων της Generali. Στην περίπτωση v) 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 vii), νομική βάση είναι η συγκατάθεσή σας (άρθρο 6 § 1 (α) του ΓΚΠΔ).

Η επεξεργασία ειδικών κατηγοριών Προσωπικών Δεδομένων σας, που αφορούν στην υγεία σας, καθώς και των εξαρτωμένων μελών σας, γίνεται μόνο με τη ρητή συγκατάθεσή σας, στη βάση της διάταξης του άρθρου 9 § 2 (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:

- Τα στοιχεία ταυτοποίησής σας (ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, ΑΦΜ, ΑΜΚΑ κλπ.).
- Τα στοιχεία επικοινωνίας σας (διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail, κλπ.).
- Τα στοιχεία του τραπεζικού σας λογαριασμού (IBAN) ή της πιστωτικής κάρτας σας.
- Στοιχεία αναφορικά με το εισόδημά σας (εκκαθαριστικό, κλπ.) εάν απαιτείται.
- Στην περίπτωση της διαδικασίας ανάληψης κινδύνου, εάν απαιτείται, το ιατρικό σας ιστορικό, και των εξαρτωμένων μελών σας σύμφωνα με τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο που τυχόν συμπληρώσατε στην αίτησή σας ή και τυχόν ιατρικές ή διαγνωστικές εξετάσεις και τα αποτελέσματα αυτών που τυχόν θα προσκομίσετε στη Generali.
- Στην περίπτωση της διαδικασίας ανάληψης κινδύνου με teleunderwriting: το ιατρικό ιστορικό σας και των εξαρτωμένων μελών 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.
- 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 του ασφαλιστικού σας διαμεσολαβητή.

Σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, η Generali θα σας ζητήσει επιπλέον στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων ειδικών κατηγοριών δεδομένων (δεδομένα υγείας), καθώς και πρόσθετα δικαιολογητικά.

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 συντονίζει 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 και επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων σας

Η συλλογή και επεξεργασία των Προσωπικών 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 υπηρεσιών και καλύψεων που αυτό προβλέπει.

Απαιτείται επίσης για τη συμμόρφωση της Generali με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία των ασφαλιστικών εταιριών καθώς και για την ικανοποίηση εννόμων συμφερόντων της Generali.

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.

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

9. Αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ

Για την εκτίμηση της αίτησής σας 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 ένταξή 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 ένταξης 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).

Η Generali, τέλος, ενδέχεται να κάνει χρήση αυτοματοποιημένων διαδικασιών κατά τη διάρκεια ισχύος του ασφαλιστηρίου 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.

10. Δήλωση ενημέρωσης και συγκατάθεσης ειδικά για την επεξεργασία ειδικών κατηγοριών Προσωπικών Δεδομένων

Ενημερώθηκα ρητώς, ότι η Generali θα συλλέγει, αποθηκεύει και εν γένει θα επεξεργάζεται ειδικές κατηγορίες δεδομένων μου (δεδομένα υγείας) που απαιτούνται για τη σύναψη, έκδοση και διαχείριση του ασφαλιστηρίου και παροχή των καλύψεων αυτού, συμπεριλαμβανομένης της διαβίβασης αυτών σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνω χρήση των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο.

Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας, έχω το δικαίωμα ανά πάσα στιγμή να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου, χωρίς να θιγεί η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση πριν από την ανάκλησή της, Μπορώ να ανακαλέσω της συγκατάθεσή μου μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στη Generali είτε ηλεκτρονικά στο email: compliance.dataprotection@generaligr, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα, με την ένδειξη Υπόψη Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων.

Σε περίπτωση ανάκλησης της συγκατάθεσής μου και ανάλογα με το στάδιο στο οποίο θα συμβεί αυτό, η Generali δεν θα είναι σε θέση είτε να εκτιμήσει την αίτηση ασφάλισης, εφόσον η μη χορήγηση ή η ανάκληση έχει πραγματοποιηθεί πριν τη σύναψη του ασφαλιστηρίου, είτε να διαχειριστεί αιτήματα αποζημίωσης ή άλλα ζητήματα που σχετίζονται με την ασφάλισή μου και την παροχή των ασφαλιστικών καλύψεων, εφόσον η ανάκληση πραγματοποιηθεί, ενόσω η μεταξύ μας ασφαλιστική σχέση είναι σε ισχύ. Στην περίπτωση αυτή, η Generali θα έχει το δικαίωμα να αναστείλει την εκπλήρωση των συμβατικών της υποχρεώσεων ή και να προβεί άμεσα στη διακοπή της συμβατικής μας σχέσης, δεδομένου ότι πλέον δεν θα νομιμοποιείται να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου και ως εκ τούτου η εκπλήρωση των συμβατικών της υποχρεώσεων καθίσταται ανέφικτη.

Ο Συμβαλλόμενος

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών από τη Generali, συμπεριλαμβανομένης της διαβίβασης αυτών σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνω χρήση των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο και

Συναινώ

ΔΕΝ Συναινώ

Όνοματεπώνυμο: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

Ασφαλισμένος Νο 1

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών από τη Generali, συμπεριλαμβανομένης της διαβίβασης αυτών σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνω χρήση των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο και

Συναινώ

ΔΕΝ Συναινώ

Όνοματεπώνυμο: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

(Το σημείο αυτό συμπληρώνεται και υπογράφεται από άτομα άνω των 15 ετών, σε διαφορετική περίπτωση από τον έχοντα την επιμέλεια αυτών).

Ασφαλισμένος Νο 2

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών από τη Generali, συμπεριλαμβανομένης της διαβίβασης αυτών σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνω χρήση των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο και

Συναινώ

ΔΕΝ Συναινώ

Όνοματεπώνυμο: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

(Το σημείο αυτό συμπληρώνεται και υπογράφεται από άτομα άνω των 15 ετών, σε διαφορετική περίπτωση από τον έχοντα την επιμέλεια αυτών).

Ασφαλισμένος Νο 3

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών από τη Generali, συμπεριλαμβανομένης της διαβίβασης αυτών σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνω χρήση των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο και

Συναινώ

ΔΕΝ Συναινώ

Όνοματεπώνυμο: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

(Το σημείο αυτό συμπληρώνεται και υπογράφεται από άτομα άνω των 15 ετών, σε διαφορετική περίπτωση από τον έχοντα την επιμέλεια αυτών).

Ασφαλισμένος Νο 4

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών μου δεδομένων ειδικών κατηγοριών από τη Generali, συμπεριλαμβανομένης της διαβίβασης αυτών σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνω χρήση των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο και

Συναινώ

ΔΕΝ Συναινώ

Όνοματεπώνυμο: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

(Το σημείο αυτό συμπληρώνεται και υπογράφεται από άτομα άνω των 15 ετών, σε διαφορετική περίπτωση από τον έχοντα την επιμέλεια αυτών).

11. Δήλωση ενημέρωσης και συγκατάθεσης ειδικά για σκοπούς marketing

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

Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας, έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω τη συγκατάθεση 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 & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα, υπόψη 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 τη Generali για σκοπούς marketing και

Συναινώ

ΔΕΝ Συναινώ

13 ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι παρέλαβα το Ενημερωτικό Έντυπο Πληροφοριών και επιπλέον το Έγγραφο Βασικών Πληροφοριών (αφορά ΜΟΝΟ στα επενδυτικά προγράμματα), σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, το περιεχόμενο των οποίων έχω διαβάσει, κατανοήσει πλήρως και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.

- Πραγματοποιήθηκε ανάλυση των ασφαλιστικών μου αναγκών και παρέλαβα αντίγραφο αυτής.
- Πραγματοποιήθηκε ανάλυση του επενδυτικού μου προφίλ (ανάλυση καταλληλότητας προϊόντος), την οποία έλαβα υπόψη κατά την επιλογή της επένδυσής μου.
- Επειδή δεν επιθυμώ να παράσχω πληροφορίες σχετικά με τις γνώσεις και την προηγούμενη εμπειρία μου ως επενδυτής σε προϊόν βασισμένο στην ασφάλιση, τη χρηματοοικονομική μου κατάσταση, τη δυνατότητά μου να υποστώ ζημιές, καθώς και για τους επενδυτικούς μου στόχους, συμπεριλαμβανομένου του επιπέδου ανοχής μου σε κίνδυνο, δεν πραγματοποιήθηκε ανάλυση του επενδυτικού μου προφίλ (ανάλυση καταλληλότητας προϊόντος), αν και προηγουμένως ενημερώθηκα για τα οφέλη της και ως εκ τούτου αντιλαμβάνομαι ότι ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής δεν είναι σε θέση να κρίνει κατά πόσον το επιλεγέν από εμένα επενδυτικό προϊόν είναι κατάλληλο για εμένα ή όχι και δεν μου παρείχε κανενός είδους συμβουλή.
- Παρά την ανωτέρω ενημέρωση εξακολουθώ να επιθυμώ τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης που αιτούμαι με την παρούσα. Κατόπιν δε της ανωτέρω δήλωσής μου, ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής προέβη σε εκτίμηση της συμβατότητας του επιλεχθέντος από εμένα επενδυτικού προϊόντος και ενημερώθηκα ότι αυτό ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΒΑΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΒΑΤΟ με εμένα.

Δηλώνω ότι παρέλαβα αντίγραφο της παρούσας αίτησης

Υπογραφή Συμβαλλομένου | _____ | Υπογραφή Ασφαλιζομένου | _____ |
(Εφόσον διάφορος του Ασφαλιζομένου)

Υπογραφή Εξαρτώμενων Μελών | _____ | Ημερομηνία | _____ |
Υπογράφουν ο Συμβαλλόμενος και όσοι Ασφαλιζόμενοι είναι άνω των 18 ετών

14 ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

Δώσατε στοιχεία που μπορούν να επηρεάσουν την ασφαλισιμότητα του ασφαλιζομένου και των εξαρτώμενων μελών του σχετικά με την υγεία τους, την επαγγελματική και οικογενειακή τους κατάσταση, την κοινωνική τους υπόσταση και το εισόδημά τους από προσωπική εργασία.

| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

Γνωστοποίηση στοιχείων διαμεσολαβητών που συμμετείχαν στη διανομή του ασφαλιστικού προϊόντος

Ασφαλιστικός διαμεσολαβητής με σύμβαση με την Εταιρεία

Όνοματεπώνυμο: | _____ | Κωδικός GENERALI: | _____ |

Α.Φ.Μ.: | _____ | Α.Ε.Μ.: | _____ | Επιμελητήριο: | _____ |
(Αρ.Ειδ.Μητρώου)

Ασφαλιστικός διαμεσολαβητής

Όνοματεπώνυμο: | _____ |

Α.Φ.Μ.: | _____ | Α.Ε.Μ.: | _____ | Επιμελητήριο: | _____ |
(Αρ.Ειδ.Μητρώου)

Συντονιστής με σύμβαση με την Εταιρεία

Όνοματεπώνυμο: | _____ | Κωδικός GENERALI: | _____ |

Α.Φ.Μ.: | _____ | Α.Ε.Μ.: | _____ | Επιμελητήριο: | _____ |
(Αρ.Ειδ.Μητρώου)

Συνιστώ χωρίς επιφύλαξη την ασφάλιση | _____ | Υπογραφή Εξουσιοδοτημένου Ασφ. Διαμεσολαβητή | _____ |

1. Επωνυμία: Generali Hellas A.A.E.

2. Έδρα της Ασφαλιστικής Επιχείρησης: Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα, Τηλ: 210 80 96 100, Φαξ: 210 80 96 367, ΑΡ.Μ.Α.Ε.: 25081/05/Β/91/22, ΑΡ.Γ.Ε.ΜΗ.: 941401000, Α.Φ.Μ.: 094327684, Δ.Ο.Υ.: ΦΑΕ Αθηνών.

3. Το Εφαρμοστέο Δίκαιο της Ασφαλιστικής Σύμβασης

Το εφαρμοστέο δίκαιο είναι το ελληνικό.

4. Τρόπος και χρόνος διαχείρισης αιτημάτων και παραπόνων

Α. Σχετικά με τα αιτήματα: Ο συμβαλλόμενος ή τα ασφαλισμένα μέλη μπορούν να υποβάλλουν αιτήματα:

α) συμπληρώνοντας τη σχετική φόρμα επικοινωνίας, που βρίσκεται στο σύνδεσμο: <https://www.generaligr/el/epikoinwnia/>

β) αποστέλλοντας e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση customer@generaligr

γ) αποστέλλοντας fax στο +30 210 80 96 367

δ) ταχυδρομικά ή τηλεφωνικά στα στοιχεία της Εταιρείας που αναφέρονται παραπάνω.

Β. Σχετικά με τα παράπονα: Ο συμβαλλόμενος ή τα ασφαλισμένα μέλη μπορούν να υποβάλλουν παράπονα:

α) συμπληρώνοντας τη φόρμα υποβολής παραπόνου που βρίσκεται στον ιστότοπο της Εταιρείας στο σύνδεσμο:

<https://www.generaligr/el/yporolh-pararponwn/>

β) επικοινωνώντας με το Τμήμα Παραπόνων είτε μέσω τηλεφώνου στο +30 210 72 68 328 είτε μέσω e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση complaintsdepartment@generaligr

γ) αποστέλλοντας fax στο +30 210 72 68 810

δ) ταχυδρομικά προς το Τμήμα Παραπόνων Generali, Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα.

Διαδικασία Διαχείρισης Παραπόνων - Αιτιάσεων

Εντός 30 ημερών από την ημέρα παραλαβής του παραπόνου σας, θα σας αποστείλουμε έγγραφη και αιτιολογημένη απάντηση. Εάν δεν είμαστε σε θέση να δώσουμε απάντηση εντός του προβλεπόμενου χρονικού περιθωρίου, θα σας εξηγήσουμε τους λόγους καθυστέρησης αναφέροντας κατά προσέγγιση τον εκτιμώμενο χρόνο ολοκλήρωσης. Σε περίπτωση που η απάντηση της Εταιρείας δεν ικανοποιεί ή καλύπτει το παράπονο ή θέμα που σας αφορά, μπορείτε να απευθυνθείτε στις αρμόδιες Αρχές (ενδεικτικά):

Τράπεζα της Ελλάδος

Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης

Ελευθερίου Βενιζέλου 21, 10250, Αθήνα

Τηλ.: 210 32 05 222, 210 32 05 223

Fax: 210 32 05 437-8

Υπουργείο Ανάπτυξης & Επενδύσεων

Γενική Γραμματεία Καταναλωτή

Πλατεία Κάνιγγος, 10181, Αθήνα

Τηλ.: 1520

Fax: 210 38 43 549

Συνήγορος του Καταναλωτή

Λεωφόρος Αλεξάνδρας 144, 11471, Αθήνα

Τηλ.: 210 64 60 862, 210 64 60 814, 210 64 60 612, 210 64 60 734, 210 64 60 458

Fax: 210 64 60 414

Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ

Στουρνάρη 17, 10683, Αθήνα

Τηλ.: 210 33 04 444

Fax.: 210 33 00 591

Διευκρίνιση: Η ενεργοποίηση του μηχανισμού διαχείρισης παραπόνων δεν διακόπτει την παραγραφή των εννόμων αξιώσεων του διαμαρτυρούμενου.

Generali Hellas Ανώνυμος Ασφαλιστική Εταιρεία

Κεντρικά Γραφεία: Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα, Τ 210 80 96 100, F 210 80 96 367

Γραφείο Β. Ελλάδας: 26ης Οκτωβρίου 38-40, 3ος όροφος, 546 27, Θεσσαλονίκη, Τ 2310 551 144, F 2310 552 282

Μέλος του Ομίλου Generali εγγεγραμμένη στο Μητρώο Ασφαλιστικών Ομίλων,

Α.Φ.Μ.: 094327684, ΑΡ.Μ.Α.Ε.: 25081/05/Β/91/22, ΑΡ.Γ.Ε.ΜΗ.: 941401000

generaligr