

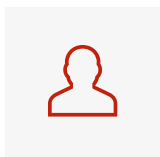


Αίτηση Τροποποίησης Ασφαλιστηρίου



Η αίτηση αυτή υπογράφεται από τον Συμβαλλόμενο ή/και τον Ασφαλισμένο (όπου απαιτείται). Εάν ο Συμβαλλόμενος είναι Εταιρία, η σφραγίδα είναι απαραίτητη.

Στοιχεία Ασφαλιστηρίου



Αριθμός Ασφαλιστηρίου:

Φυσικό Πρόσωπο

Συμβαλλόμενος

Όνοματεπώνυμο:

Πατρώνυμο: Ημ. Γέννησης:

Υπηκοότητα: Τόπος Γέννησης:

Οικογενειακή Κατάσταση: Α.Φ.Μ.:

Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου: Επάγγελμα:

Οδός: Αριθμός:

Πόλη: Τ.Κ.:

Τηλέφωνο: Email:

Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο:

Νομικό Πρόσωπο

Επωνυμία:

Ημερ. έναρξης Εταιρίας:

Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο: Α.Φ.Μ.:

Οδός: Αριθμός:

Πόλη: Τ.Κ.:

Τηλέφωνο: Email:

Νόμιμος Εκπρόσωπος

Όνοματεπώνυμο:

Πατρώνυμο: Ημ. Γέννησης:

Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου: Α.Φ.Μ.:

Τηλέφωνο: Email:

Ασφαλισμένος

Όνοματεπώνυμο:

Πατρώνυμο: Ημ. Γέννησης:

Υπηκοότητα: Τόπος Γέννησης:

Οικογενειακή Κατάσταση: Α.Φ.Μ.:

Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου: Επάγγελμα:

Οδός: Αριθμός:

Πόλη: Τ.Κ.:


Τηλέφωνο: Email:

Ανάλογα με την τροποποίηση/ αλλαγή που επιθυμείτε να πραγματοποιηθεί, συμπληρώστε τα αντίστοιχα πεδία.


Αλλαγή Συχνότητας Πληρωμής

	Ετήσια: <input type="checkbox"/>	Τρίμηνη: <input type="checkbox"/>
	Εξάμηνη: <input type="checkbox"/>	Μηνιαία*: <input type="checkbox"/>
	<small>(*μόνο μέσω πάγιας εντολής χρέωσης τραπεζικού λογαριασμού ή μέσω πιστωτικής κάρτας)</small>	

Αλλαγή Στοιχείων Συμβαλλόμενου/ Ασφαλισμένου

	Ποιον αφορά η αλλαγή;	<input type="checkbox"/> Συμβαλλόμενο	<input type="checkbox"/> Κυρίως Ασφαλισμένο	<input type="checkbox"/> Σύζυγο	<input type="checkbox"/> Παιδί	<input type="checkbox"/> Εταιρία
	Όνοματεπώνυμο/ Επωνυμία:	<input type="text"/>				
	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>	Ημ. Γέννησης:	<input type="text"/>		
Υπηκοότητα:	<input type="text"/>	Τόπος Γέννησης:	<input type="text"/>			
Οικογενειακή Κατάσταση:	<input type="text"/>	A.Φ.Μ.:	<input type="text"/>			
A.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:	<input type="text"/>					
Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο:	<input type="text"/>					
Οδός:	<input type="text"/>	Αριθμός:	<input type="text"/>			
Πόλη:	<input type="text"/>	T.K.:	<input type="text"/>			
Τηλέφωνο:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>			
Όνοματεπώνυμο/ Επωνυμία:	<input type="text"/>					
Πατρώνυμο:	<input type="text"/>	Ημ. Γέννησης:	<input type="text"/>			
Υπηκοότητα:	<input type="text"/>	Τόπος Γέννησης:	<input type="text"/>			
Οικογενειακή Κατάσταση:	<input type="text"/>	A.Φ.Μ.:	<input type="text"/>			
A.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:	<input type="text"/>					
Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο:	<input type="text"/>					
Οδός:	<input type="text"/>	Αριθμός:	<input type="text"/>			
Πόλη:	<input type="text"/>	T.K.:	<input type="text"/>			
Τηλέφωνο:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>			
Παρατηρήσεις:						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						

Αλλαγή Επαγγέλματος

	Σας ενημερώνω ότι από την (ημερομηνία): <input type="text"/>	το επάγγελμά μου είναι: <input type="text"/>
	Ασφαλίζομαι <input type="checkbox"/> Άμεσα <input type="checkbox"/> ή <input type="checkbox"/> Έμμεσα <input type="checkbox"/>	στο ασφαλιστικό ταμείο: <input type="text"/>



Σας ενημερώνω ότι στο εξής επιθυμώ ο Συμβαλλόμενος να είναι:

Στοιχεία Νέου Συμβαλλόμενου

 Άνδρας Γυναίκα Εταιρία

Όνοματεπώνυμο/ Επωνυμία:

Πατρώνυμο:

Ημ. Γέννησης:

Σχέση με Ασφαλισμένο:

Χώρα Γέννησης:

Οικογενειακή Κατάσταση:

Υπηκοότητα:

Α.Φ.Μ.:

Χώρα Μόνιμης Κατοικίας:

Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:

Χώρα Φορολόγησης:

Οδός και Αριθμός:

2η Χώρα Φορολόγησης:

Πόλη και Τ.Κ.:

Email:

Επάγγελμα:

Τηλέφωνο:

Είδος Επιχείρησης:

Εάν ο Συμβαλλόμενος είναι Νομικό πρόσωπο, να συμπληρωθούν τα παρακάτω στοιχεία:

Είδος Επιχείρησης:

Χώρα Έδρας:

Νόμιμος Εκπρόσωπος

Όνοματεπώνυμο:

Πατρώνυμο:

Α.Φ.Μ.:

Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:

Email:

Τηλέφωνο:

Για τον νέο Συμβαλλόμενο, επισυνάπτω ερωτηματολόγιο υγείας (για Ασφαλιστήριο που περιλαμβάνει Παροχές για τον Συμβαλλόμενο).

Ο νέος Συμβαλλόμενος πρέπει να συμπληρώσει και να υπογράψει τις παρακάτω δηλώσεις.

Είστε "Πολιτικός Εκθεσιμμένο Πρόσωπο" ή είστε στενός συνεργάτης / συγγενής του, δηλαδή φυσικό πρόσωπο που του έχουν ή είχαν ανατεθεί σημαντικά δημόσια λειτουργήματα:

Ναι Όχι

Δήλωση FATCA (FATCA: Κανονιστικό πλαίσιο για την αποτροπή της φοροδιαφυγής από πολίτες Η.Π.Α. ή κατοίκους Η.Π.Α. που διατηρούν λογαριασμούς σε Χρηματοπιστωτικά Ιδρύματα εκτός Η.Π.Α.). Ως Συμβαλλόμενος δηλώνω ότι:

Είμαι Δεν είμαι

υπήκοος των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής που υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των Η.Π.Α. και

Αποδέχομαι, συμφωνώ και δεσμεύομαι ότι θα ενημερώσω την Generali Hellas A.A.E. μέσα σε προθεσμία τριάντα (30) ημερών σε περίπτωση οποιασδήποτε μεταβολής, εάν γίνω υπήκοος των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, που υπόκειμαι στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των Η.Π.Α., ή μεταφέρω 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:

Α.Φ.Μ. (Η.Π.Α.) Συμβαλλομένου:

Δήλωση Φορολογικής Κατοικίας (CRS Common Reporting Standards: Υποχρεωτική αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών χρηματοοικονομικών λογαριασμών (N.4378/2016) για τον εντοπισμό, την αποτροπή και την αποθάρρυνση της διεθνούς φοροδιαφυγής από αλλοδαπούς - εκτός Ελλάδας κατοίκους). Ως Συμβαλλόμενος δηλώνω ότι:

Είμαι Δεν είμαι

φορολογικός κάτοικος τρίτης χώρας και

Αποδέχομαι, συμφωνώ και δεσμεύομαι ότι θα ενημερώσω την Generali Hellas A.A.E. μέσα σε προθεσμία τριάντα (30) ημερών σε περίπτωση οποιασδήποτε μεταβολής, εάν εγώ αποκτήσω φορολογική κατοικία σε τρίτη χώρα ή μεταφέρω την κυριότητα του Ασφαλιστηρίου σε πρόσωπο με φορολογική κατοικία σε τρίτη χώρα

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

Χώρα Φορολογικής Κατοικίας

Διεύθυνση Χώρας Φορολογικής Κατοικίας

Α.Φ.Μ. Χώρας Φορολογικής Κατοικίας

Τόπος και Ημερομηνία:

Υπογραφή νέου Συμβαλλόμενου

Υπογραφή Συμβαλλόμενου



Αν στη λήξη του Ασφαλιστηρίου, ο Ασφαλισμένος είναι στη ζωή:

Ο ίδιος ο Ασφαλισμένος σε ποσοστό % Άλλοι Δικαιούχοι

Ποσοστό %:
Όνοματεπώνυμο:
Πατρώνυμο: Ημ. Γέννησης:
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου: Α.Φ.Μ.:
Σχέση με Ασφαλισμένο:

Ποσοστό %:
Όνοματεπώνυμο:
Πατρώνυμο: Ημ. Γέννησης:
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου: Α.Φ.Μ.:
Σχέση με Ασφαλισμένο:

Ποσοστό %:
Όνοματεπώνυμο:
Πατρώνυμο: Ημ. Γέννησης:
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου: Α.Φ.Μ.:
Σχέση με Ασφαλισμένο:

Σε περίπτωση θανάτου του Ασφαλισμένου:

Ποιον αφορά; Κυρίως Ασφαλισμένο Σύζυγο

Ποσοστό %:
Όνοματεπώνυμο:
Πατρώνυμο: Ημ. Γέννησης:
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου: Α.Φ.Μ.:
Σχέση με Ασφαλισμένο:

Ποσοστό %:
Όνοματεπώνυμο:
Πατρώνυμο: Ημ. Γέννησης:
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου: Α.Φ.Μ.:
Σχέση με Ασφαλισμένο:

Ποσοστό %:
Όνοματεπώνυμο:
Πατρώνυμο: Ημ. Γέννησης:
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου: Α.Φ.Μ.:
Σχέση με Ασφαλισμένο:

Προσθήκη/ Αφαίρεση Ασφαλισμένου Μέλους

Επιθυμώ την προσθήκη, ή/και την αφαίρεση, ή/και την παράταση, των παρακάτω μελών:



Ασφαλισμένο Μέλος

Άνδρας Γυναίκα

Όνοματεπώνυμο:			
Πατρώνυμο:		Ημ. Γέννησης:	
Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο:		Τόπος Γέννησης:	
Υπηκοότητα:		Α.Φ.Μ.:	
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:		Δ.Ο.Υ.:	
Οδός:		Αριθμός:	
Πόλη:		Τ.Κ.:	
Τηλέφωνο:		Email:	
Επάγγελμα:			

Ασφαλισμένο Μέλος

Άνδρας Γυναίκα

Όνοματεπώνυμο:			
Πατρώνυμο:		Ημ. Γέννησης:	
Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο:		Τόπος Γέννησης:	
Υπηκοότητα:		Α.Φ.Μ.:	
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:		Δ.Ο.Υ.:	
Οδός:		Αριθμός:	
Πόλη:		Τ.Κ.:	
Τηλέφωνο:		Email:	
Επάγγελμα:			

Ασφαλισμένο Μέλος

Άνδρας Γυναίκα

Όνοματεπώνυμο:			
Πατρώνυμο:		Ημ. Γέννησης:	
Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο:		Τόπος Γέννησης:	
Υπηκοότητα:		Α.Φ.Μ.:	
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:		Δ.Ο.Υ.:	
Οδός:		Αριθμός:	
Πόλη:		Τ.Κ.:	
Τηλέφωνο:		Email:	
Επάγγελμα:			

Ασφαλισμένο Μέλος

Άνδρας Γυναίκα

Όνοματεπώνυμο:			
Πατρώνυμο:		Ημ. Γέννησης:	
Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο:		Τόπος Γέννησης:	
Υπηκοότητα:		Α.Φ.Μ.:	
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:		Δ.Ο.Υ.:	
Οδός:		Αριθμός:	
Πόλη:		Τ.Κ.:	
Τηλέφωνο:		Email:	
Επάγγελμα:			

Παρατηρήσεις:

Υπογραφή Ασφαλισμένου Μέλους (αν αφορά σε ανήλικο, υπογράφει ο γονέας):

--

Προσθήκη/ Αφαίρεση Παροχών



Ποιον αφορά;

Όνοματεπώνυμο:			
Πατρώνυμο:		Ημ. Γέννησης:	
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:		Α.Φ.Μ.:	
Οδός:		Αριθμός:	
Πόλη:		Τ.Κ.:	
Τηλέφωνο:		Email:	
Επάγγελμα:			

Επιθυμώ την προσθήκη ή/ και αφαίρεση των παρακάτω Παροχών:

Ποιον αφορά;

Όνοματεπώνυμο:			
Πατρώνυμο:		Ημ. Γέννησης:	
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:		Α.Φ.Μ.:	
Οδός:		Αριθμός:	
Πόλη:		Τ.Κ.:	
Τηλέφωνο:		Email:	
Επάγγελμα:			

Επιθυμώ την προσθήκη ή/ και αφαίρεση των παρακάτω Πάροχών:

Αλλαγή στα Όρια των Παροχών



Επιθυμώ να πραγματοποιηθούν οι παρακάτω αλλαγές στα Όρια των Παροχών/ Καλύψεων του Ασφαλιστηρίου μου:

Τηλεφωνική Συνέντευξη Ιατρικού Ερωτηματολογίου



(Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση προσθήκης κάλυψης ασφαλισμένου μέλους και αλλαγής ορίων παροχών, για το πρόγραμμα Medisyn 3, Medisyn 3 Ειδικό)

Διαθέσιμες Ημέρες/Ώρες:

Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη, Παρασκευή

09:00-11:00, 11:01-13:00, 13:01-17:00, 17:01-20:00

Όνοματεπώνυμο:

Κινητό Τηλέφωνο:

Ημέρα:

Time slot:

Όνοματεπώνυμο:

Κινητό Τηλέφωνο:

Ημέρα:

Time slot:

Όνοματεπώνυμο:

Κινητό Τηλέφωνο:

Ημέρα:

Time slot:

Για την τηλεφωνική συνέντευξη του ανήλικου υποψηφίου η επικοινωνία να γίνει με τον γονέα:

Όνοματεπώνυμο:

Κινητό Τηλέφωνο:

Ημέρα:

Time slot:

Αντίγραφο Ασφαλιστηρίου



Παρακαλώ να εκδώσετε ακριβές αντίγραφο του Ασφαλιστηρίου μου, λόγω απώλειάς του.

Ακύρωση Ασφαλιστηρίου



Επιθυμώ την ακύρωση του Ασφαλιστηρίου μου, από την ημερομηνία [] , για:

Μεταφορά σε νέο Ασφαλιστήριο με αριθμό Προσφοράς []

Άλλο λόγο: []

Επαναφορά Ασφαλιστηρίου σε Ισχύ



Παρακαλώ να επαναφέρετε σε ισχύ το Ασφαλιστήριό μου, για το οποίο καταθέτω τα οφειλόμενα ασφάλιστρα

[] € , χρονικής περιόδου από [] έως [] .

Ημερ. Κατάθεσης []

Δήλωση Καλής Υγείας

Επιθυμώ την 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 παραπάνω δήλωση για εσάς και όλα τα άτομα που καλύπτονται από το ασφαλιστήριο αυτό;

Όνοματεπώνυμο: []	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Όνοματεπώνυμο: []	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Όνοματεπώνυμο: []	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Όνοματεπώνυμο: []	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι

Σε περίπτωση που η απάντηση είναι Όχι αποστέλλετε το ερωτηματολόγιο υγείας.

Αλλαγή Επενδυτικής Επιλογής



Επιθυμώ την άμεση ρευστοποίηση του λογαριασμού επένδυσης και την αγορά ίσης αξίας μεριδίων της νέας επενδυτικής επιλογής, καθώς και την πίστωση των μελλοντικών επενδυόμενων ασφαλίσεων στην νέα επενδυτική επιλογή κατά 100%.

Επενδυτική Επιλογή για το πρόγραμμα Maximizer (New 2023)

Για τα λοιπά προγράμματα επενδυτικού χαρακτήρα σημειώστε τις επιθυμητές αλλαγές στο πεδίο Παρατηρήσεις.

Παρατηρήσεις:

Έκτακτο Ασφάλιστρο



Σας ενημερώνω ότι για το Ασφαλιστήριό μου, καταθέτω Έκτακτο Ασφάλιστρο ποσού

Αποστέλλω συνημμένα:

- Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας Συμβαλλομένου και Ασφαλισμένου
- Αντίγραφο τελευταίου εκκαθαριστικού του Συμβαλλομένου
- Αποδεικτικό Κατάθεσης

Παρατηρήσεις:

Εξαγορά



Ολική Εξαγορά Ασφαλιστηρίου

Επιθυμώ Ολική Εξαγορά Ασφαλιστηρίου (Ασφαλίστρου) σύμφωνα με τους Όρους του Ασφαλιστηρίου μου.

Αποστέλλω συνημμένα:

- Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας Ασφαλισμένου και Συμβαλλόμενου
- Αντίγραφο τελευταίου εκκαθαριστικού του Συμβαλλόμενου
- Πρωτότυπο Ασφαλιστήριο
- Αποδεικτικό τραπεζικού λογαριασμού (με αριθμό IBAN), στον οποίο είμαι δικαιούχος

Μερική Εξαγορά Ασφαλιστηρίου (μόνο σε επενδυτικά προγράμματα)

Επιθυμώ Μερική Εξαγορά Ασφαλιστηρίου (Ασφαλίστρου), ποσού €, σύμφωνα με τους Όρους του Ασφαλιστηρίου μου.

Αποστέλλω συνημμένα:

- Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας Ασφαλισμένου και Συμβαλλόμενου
- Αντίγραφο τελευταίου εκκαθαριστικού του Συμβαλλόμενου
- Αποδεικτικό τραπεζικού λογαριασμού (με αριθμό IBAN), στον οποίο είμαι δικαιούχος

Εξαγορά Έκτακτου Ασφαλίστρου

Επιθυμώ Εξαγορά Έκτακτου Ασφαλίστρου, ποσού €, σύμφωνα με τους Όρους του Ασφαλιστηρίου μου.

Α.Φ.Μ.:

Αποστέλλω συνημμένα:

- Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας Ασφαλισμένου και Συμβαλλόμενου
- Αντίγραφο τελευταίου εκκαθαριστικού του Συμβαλλόμενου
- Αποδεικτικό τραπεζικού λογαριασμού (με αριθμό IBAN), στον οποίο είμαι δικαιούχος

Παρατηρήσεις - Άλλα Αιτήματα



Κατά την εκτίμηση των αιτημάτων πιθανόν να ζητηθούν επιπλέον δικαιολογητικά όπως ενδεικτικά για την Δέουσα Επιμέλεια.

Σημείωση: Οι δηλώσεις Facta και Φορολογικής Κατοικίας είναι υποχρεωτικό να συμπληρώνονται για ασφαλιστήρια με Αξία Εξαγοράς

Δήλωση FATCA



FATCA: Κανονιστικό πλαίσιο για την αποτροπή της φοροδιαφυγής από πολίτες Η.Π.Α. ή κατοίκους Η.Π.Α. που διατηρούν λογαριασμούς σε Χρηματοπιστωτικά Ιδρύματα εκτός Η.Π.Α.. Ως Συμβαλλόμενος ή/ και Ασφαλισμένος (εάν είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον Συμβαλλόμενο) ή/ και Δικαιούχος δηλώνω ότι:

- Είμαι Δεν είμαι
υπήκοος των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής που υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των Η.Π.Α. και
- Αποδέχομαι, συμφωνώ και δεσμεύομαι ότι θα ενημερώσω την Generali Hellas Α.Α.Ε. μέσα σε προθεσμία τριάντα (30) ημερών σε περίπτωση οποιασδήποτε μεταβολής, εάν γίνω υπήκοος των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, που υπόκειμαι στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των Η.Π.Α., ή μεταφέρω 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:

Α.Φ.Μ. (Η.Π.Α.) Δικαιούχου:
Α.Φ.Μ. (Η.Π.Α.) Ασφαλισμένου:

Δήλωση Φορολογικής Κατοικίας



CRS Common Reporting Standards: Υποχρεωτική αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών χρηματοοικονομικών λογαριασμών (N4378/2016) για τον εντοπισμό, την αποτροπή και την αποθάρρυνση της διεθνούς φοροδιαφυγής από αλλοδαπούς - εκτός Ελλάδας κατοίκους. Ως Συμβαλλόμενος ή Ασφαλισμένος (εάν είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον Συμβαλλόμενο) δηλώνω ότι:

- Είμαι Δεν είμαι
φορολογικός κάτοικος τρίτης χώρας και
- Αποδέχομαι, συμφωνώ και δεσμεύομαι ότι θα ενημερώσω την Generali Hellas Α.Α.Ε. μέσα σε προθεσμία τριάντα (30) ημερών σε περίπτωση οποιασδήποτε μεταβολής, εάν εγώ αποκτήσω φορολογική κατοικία σε τρίτη χώρα ή μεταφέρω την κυριότητα του Ασφαλιστηρίου σε πρόσωπο με φορολογική κατοικία σε τρίτη χώρα

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

Συμβαλλόμενος

Χώρα Φορολογικής Κατοικίας
Διεύθυνση Χώρας Φορολογικής Κατοικίας
Α.Φ.Μ. Χώρας Φορολογικής Κατοικίας

Ασφαλισμένος

Χώρα Φορολογικής Κατοικίας
Διεύθυνση Χώρας Φορολογικής Κατοικίας
Α.Φ.Μ. Χώρας Φορολογικής Κατοικίας

Δικαιούχος

Χώρα Φορολογικής Κατοικίας
Διεύθυνση Χώρας Φορολογικής Κατοικίας
Α.Φ.Μ. Χώρας Φορολογικής Κατοικίας

Γνωρίζοντας ότι, με βάση τον ν. 2496/1997, οφείλω να δηλώσω με αλήθεια και πληρότητα όλα τα στοιχεία που ζητεί η Generali για να προχωρήσει το αίτημά μου, δηλώνω υπεύθυνα ότι οι παραπάνω απαντήσεις μου είναι ορθές, αληθείς και πλήρεις.

Τόπος και Ημερομηνία

Κωδικός Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

Υπογραφή Συμβαλλόμενου

Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή



Δήλωση Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων



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.

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:

Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμιτζή 40
11745 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 στο e-mail: dpo@generaligr είτε με επιστολή στη διεύθυνση της Generali με την ένδειξη Υπόψη Υπευθύνου Προστασίας Δεδομένων.

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, της πρόληψης και καταστολής της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες και της χρηματοδότησης της τρομοκρατίας
6. για την καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης

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.

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 του ασφαλιστικού σας διαμεσολαβητή.

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

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 ασφαλιστήριο σας, καθώς και σε τυχόν ιδιωτικά νοσηλευτήρια & άλλους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε περίπτωση που χρειαστεί να κάνετε χρήση αυτών των υπηρεσιών. Θα χρησιμοποιήσουμε επίσης παρόχους υπηρεσιών IT, όπως υπηρεσιών υπολογιστικού νέφους (cloud), παρόχους λογισμικού ως υπηρεσία (software as a service), οι οποίοι ενεργούν βάσει των οδηγιών της Generali, στα πλαίσια έκδοσης των ασφαλιστηρίων συμβολαίων και καταγραφής των τηλεφωνικών συνεντεύξεων.

Μπορεί να μοιραστούμε τα Προσωπικά σας Δεδομένα με τη μητρική εταιρία των εταιριών 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 επισκεφτείτε την ιστοσελίδα μας (<https://www.generaligr/el/dilos-prostasias-prosopikon-dedomenon>)

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.

Περαιτέρω, λάβετε υπόψη σας ότι η Generali θα διαβιβάσει Προσωπικά Δεδομένα εκτός Ευρωπαϊκού Οικονομικού χώρου (EOX), μόνο εάν η διαβίβαση είναι απαραίτητη και μετά την εφαρμογή τουλάχιστον μίας εκ των προβλεπόμενων στο ισχύον νομοθετικό πλαίσιο εγγυήσεων και των συμπληρωματικών μέτρων που είναι κατάλληλα για να διασφαλιστεί ότι τα Προσωπικά Δεδομένα που διαβιβάζονται έχουν στην τρίτη χώρα επίπεδο προστασίας ουσιαστικά ισοδύναμο με αυτό που εγγυάται η Ευρωπαϊκή Ένωση.

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.

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.

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.

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.

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.

Αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ

Για την εκτίμηση της αίτησης για ασφάλιση θα επεξεργαστούμε τα Προσωπικά Δεδομένα σας με αυτοματοποιημένο τρόπο, μέσω μίας πλατφόρμας, η οποία παρέχει ολοκληρωμένη, ψηφιακή λύση για την αυτοματοποίηση της διαδικασίας ανάληψης κινδύνου και η οποία έχει παραμετροποιηθεί με βάση τους κανόνες ανάληψης κινδύνου της Generali. Η αυτοματοποιημένη αυτή διαδικασία, θα εξετάσει την αίτηση ασφάλισης με βάση τους κανόνες αυτούς και θα εκδώσει μια συγκεκριμένη πρόταση ασφάλισης.

Πιο αναλυτικά, η συγκεκριμένη πλατφόρμα περιλαμβάνει τη χρήση μαθηματικών εκφράσεων και συναρτήσεων (ή/και 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 ασφαλίστρου, καθώς και σε μοντέλα τα οποία έχει αναπτύξει η πάροχος εταιρία.

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 ασφάλισης, και με βάση αυτήν, είναι δυνατόν να προκύψει διαφοροποίηση στο ασφαλίστρο.

Σε κάθε περίπτωση, οι προτάσεις ασφάλισης ελέγχονται από αρμόδιο υπάλληλο του τμήματος ανάληψης κινδύνου της Generali, και ο οποίος θα λάβει την τελική απόφαση για την έκδοση προσφοράς.

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: dpo@generaligr είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Λεωφ. Συγγρού & Λαγυμιτζή 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.



Δήλωση Συναίνεσης



Με βάση τη Δήλωση Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων που επισυνάπτεται, 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 επεξεργασίας που αναφέρονται στη Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και έχουν ως νομική βάση τη δική σας ρητή συγκατάθεση.

Συγκεκριμένα, μπορείτε ελεύθερα να αποφασίσετε να δώσετε τη συναίνεσή σας, ανάλογα με την προτίμησή σας και, συνεπώς, να εξουσιοδοτήσετε την Generali να:

- Επεξεργαστεί τα ειδικών κατηγοριών προσωπικά δεδομένα (δεδομένα υγείας) τα δικά σας, καθώς και των τυχόν παιδιών σας εφόσον τυχάνουν προστατευόμενα μέλη, για το σκοπό της εκτίμησης της Αίτησης/ Προσφοράς και έκδοσης ασφαλιστηρίου, της διαχείρισης της λειτουργίας αυτού και των υποχρεώσεων που προκύπτουν εξ αυτού, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης.
 Συναινώ Δεν Συναινώ
- Επεξεργαστεί και να διαβιβάσει τα ειδικών κατηγοριών προσωπικά δεδομένα (δεδομένα υγείας) τα δικά σας, καθώς και των τυχόν παιδιών σας εφόσον τυχάνουν προστατευόμενα μέλη, (i) στον πάροχο που τυχόν θα διενεργήσει τηλεφωνική συνέντευξη κατ' εντολή της Generali, (ii) σε πραγματογνώμονες γιατρούς και (iii) σε παρόχους υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την εκτίμηση και την έκδοση του ασφαλιστηρίου ή/ και την παροχή των υπηρεσιών και των καλύψεων που προβλέπονται στο ασφαλιστήριο.
 Συναινώ Δεν Συναινώ
- Συμμετέχει ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής του ασφαλιστηρίου, εφόσον εκδοθεί, σε τυχόν πρόσθετες ενέργειες εκτός από την Αίτηση/ Προσφορά ασφάλισης) που απαιτούνται για τη διαχείριση του ασφαλιστηρίου, καθώς και στη διαδικασία διεκπεραίωσης τυχόν αιτημάτων αποζημίωσής σας, για διευκόλυνσή σας.
 Συναινώ Δεν Συναινώ
- Επεξεργαστεί τα προσωπικά σας δεδομένα για την επικοινωνία μαζί σας, είτε απευθείας είτε μέσω του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή του σας, και την αποστολή προς εσάς υλικού εμπορικής επικοινωνίας και για τη συμμετοχή σας σε προωθητικές ενέργειες της Generali σχετικά με προϊόντα και υπηρεσίες.
 Συναινώ Δεν Συναινώ
- Επεξεργαστεί τα προσωπικά σας δεδομένα για το σκοπό της συμμετοχής σας σε έρευνες αγοράς που αφορούν τη Generali ή τον Όμιλο.
 Συναινώ Δεν Συναινώ

Σημείωση: Πριν υπογράψετε την παρούσα Δήλωση Συναίνεσης, παρακαλούμε να συμπληρώσετε απαραίτητα τα παραπάνω πεδία.

Σε περίπτωση που οι Συναιέσεις δεν ταυτίζονται για τον Συμβαλλόμενο και το Ασφαλισμένο μέλος, τότε θα πρέπει να συμπληρώνεται το έντυπο για κάθε ένα ξεχωριστά

Συμβαλλόμενος Φυσικό Πρόσωπο

Υπογραφή Συμβαλλομένου

Συμβαλλόμενος Νομικό Πρόσωπο

Ονοματεπώνυμο Νομικού Εκπροσώπου

Υπογραφή και Σφραγίδα Εταιρίας

Ασφαλισμένο Μέλος (όπου απαιτείται)

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ημερομηνία