

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Δευτεροβάθμιας Περιθάλψης
«Me & My FAMILY»

Παρακαλούμε απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις, με κεφαλαία γράμματα

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ (Κωδ. & Επωνυμία) : _____

1. ΛΗΠΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....
ή ΕΠΩΝΥΜΙΑ (αφορά σε νομικά πρόσωπα): ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:
ΗΜΕΡ. ΓΕΝ.:/...../..... ΦΥΛΟ (Α/Θ):ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:Α.Δ.Τ.:.....
ή (σε περίπτωση αλλοδαπού υπηκόου) ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ ή..... ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:.....
ΑΡ.ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗΑΦΜ
Α.Μ.Κ.Α.:.....ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΥΨΟΣ: ΒΑΡΟΣ:Kg
ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ- ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΠΟΛΗ:	T.K.:	ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ.:
	ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ		

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.	email
-------------	-------

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

(Συμπληρώνεται μόνο όταν ο Ασφαλισμένος & ο Συμβαλλόμενος δεν είναι το ίδιο πρόσωπο)

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....
ΗΜΕΡ. ΓΕΝ.:/...../..... ΦΥΛΟ (Α/Θ):ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:Α.Δ.Τ.:.....
ή (σε περίπτωση αλλοδαπού υπηκόου) ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ ή ΑΔΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ: ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:.....
ΑΡ.ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗΑΦΜ.:.....
Α.Μ.Κ.Α.:..... ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟΥΨΟΣ: ΒΑΡΟΣ:Kg

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.	email
-------------	-------

3. ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

- ΜΕΣΩ ΤΑΧΥΠΛΗΡΩΜΗΣ ΕΛΤΑ / ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΣ
 ΜΕΣΩ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ (ONLINE ΠΛΗΡΩΜΗ)
 ΜΕ ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΕ ΤΡΑΠ.ΛΟΓ/ΣΜΟ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ
 ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ



- ΕΤΗΣΙΑ ΤΡΙΜΗΝΗ
 ΕΞΑΜΗΝΗ ΜΗΝΙΑΙΑ*

*(Με την ενεργοποίηση Πληρωμής Ασφαλιστρων μέσω Πάγιας Εντολής από την ONLINE ΠΛΗΡΩΜΗ)



5. ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ (εάν προτείνονται για ασφάλιση)

Σύζυγος-Νόμιμος Σύντροφος:

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:
ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΦΥΛΟ (Α/Θ):	ΑΔΤ:
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ:	ΑΜΚΑ:	ΑΦΜ
ΥΨΟΣ:	ΒΑΡΟΣ:	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.	email	

Παιδιά:

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:
ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΦΥΛΟ (Α/Θ):	ΑΔΤ:
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ:	ΑΜΚΑ:	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:
ΥΨΟΣ:	ΒΑΡΟΣ	
ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:
ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΦΥΛΟ (Α/Θ):	ΑΔΤ:
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ:	ΑΜΚΑ:	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:
ΥΨΟΣ:	ΒΑΡΟΣ	
ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:
ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΦΥΛΟ (Α/Θ):	ΑΔΤ:
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ:	ΑΜΚΑ:	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:
ΥΨΟΣ:	ΒΑΡΟΣ	
ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:
ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΦΥΛΟ (Α/Θ):	ΑΔΤ:
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ:	ΑΜΚΑ:	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:
ΥΨΟΣ:	ΒΑΡΟΣ	

6. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ και ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ «Me & My FAMILY»

	Κεφάλαια (ετήσιο όριο)	Θέση Νοσηλείας	Συμμετοχή (κοινή για ασφαλισμένο και εξαρτώμενα)	Europe Protection Plus (ετήσιο όριο)	Europe Cash Benefit
	N.Π: 30.000 € και ΕΞΠ: 800 €	Β' Θέση	A. 1.200 € ετήσια απαλλαγή ή B. 2.500 € ετήσια απαλλαγή ή Γ. 20% συμμετοχή	A. 10.000 € ή B. 20.000 €	Ημερήσιο Νοσ/κο Επίδομα 50€ & Χειρουργικό Επίδομα έως 1.000 €
Ασφαλισμένος					
Σύζυγος					
Τέκνο 1					
Τέκνο 2					
Τέκνο 3					
Τέκνο 4					

Οι παροχές Europe Protection Plus & Europe Cash Benefit μπορούν να επιλεγθούν ξεχωριστά & ανεξάρτητα από/ για κάθε ασφαλιζόμενο μέλος.



(Σε περίπτωση που επιθυμείτε την τηλεφωνική συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου Υγείας σε συνεργασία με Ιατρό ή Νοσηλεύτη του παρόχου διαχείρισης των Υπηρεσιών Υγείας MEDNET παρακαλούμε συμπληρώστε το κάτωθι)

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΩΡΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (από 08:00 έως 20:00),

Δευτέρα	από: _____	έως: _____
Τρίτη	από: _____	έως: _____
Τετάρτη	από: _____	έως: _____
Πέμπτη	από: _____	έως: _____
Παρασκευή	από: _____	έως: _____

1. Οι υποψήφιοι προς ασφάλιση είναι μόνιμοι κάτοικοι Ελλάδος? ΝΑΙ ΟΧΙ
2. Οι υποψήφιοι προς ασφάλιση έχουν δικαίωμα μόνιμης διαμονής στην Ελλάδα? ΝΑΙ ΟΧΙ

8. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ		ΝΑΙ								ΟΧΙ							
(συμπληρώνεται εφόσον δεν έχει επιλεγθεί η τηλεφωνική συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου Υγείας)		Ασφαλισμένος	Σύζυγος	Συμβαλλόμενος	Τέκνο 1	Τέκνο 2	Τέκνο 3	Τέκνο 4	Ασφαλισμένος	Σύζυγος	Συμβαλλόμενος	Τέκνο 1	Τέκνο 2	Τέκνο 3	Τέκνο 4		
(Συμπληρώστε, στο τέλος του Ερωτηματολογίου, λεπτομέρειες για τις καταφατικές σας απαντήσεις)																	
1	Έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας ?																
2	Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα ή παράλυση ή κάποιας μορφής αναπηρία ή έχετε λάβει αποζημίωση ανικανότητας για εργασία από οποιοδήποτε φορέα ασφάλισης λόγω ατυχήματος ή ασθένειας?																
3	Έχετε ή είχατε πρόβλημα αλκοολισμού ή εξάρτησης από οποιαδήποτε ουσία ή κάνετε/κάνατε χρήση ουσιών ή φαρμάκων που δεν χορηγήθηκαν με ιατρική συνταγή (αναβολικά, ναρκωτικές ουσίες κλπ.)?																
4	Είχατε ή έχετε ανεξήγητο επίμονο ή υποτροπιάζοντα πυρετό ή απώλεια βάρους ή έχει μεταβληθεί το βάρος σας (άνω των 10 κιλών, τα τελευταία 3 έτη)?																
5	Λαμβάνετε ή λαμβάνατε φαρμακευτική αγωγή για οποιαδήποτε αιτία εξαιρουμένων των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων γενικής διάθεσης και των κοινών αντιβιώσεων?																
6	Έχετε ή είχατε ασθενήσει στο παρελθόν, έχετε νοσηλευθεί/χειρουργηθεί ή σας έχει συσταθεί νοσηλεία/χειρουργείο λόγω ατυχήματος ή ασθένειας για κάποια από τις παρακάτω περιπτώσεις? (Δεν απαιτείται θετική απάντηση σε περίπτωση απλής σκληροειδεκτομής και εφόσον έχει παρέλθει 1 έτος από την πραγματοποίησή της με πλήρη και άμεση αποθεραπεία). Παρακαλούμε γνωρίστε μας αναλυτικότερες πληροφορίες.																
1	Καρκίνο/ κακοήγη νεοπλασμάτα/καλοήγητος όγκους-λιπώματα?																
2	Παθήσεις του εγκεφάλου/νευρολογικές/ψυχιατρικές ή διανοητικές διαταραχές (π.χ. Επιληψία, αγγειακά ή εγκεφαλικά επεισόδια)?																
3	Παθήσεις καρδιάς?(στεφανιαία νόσο, βαλβιδοπάθειες, στηθαγικά ενοχλήματα, φυσήματα ή άλλο πρόβλημα του καρδιαγγειακού συστήματος)?																
4	Αυτοάνοσα νοσήματα(π.χ. ρευματικές παθήσεις, ερυθηματώδη λύκο, σκλήρυνση κατά πλάκας) ή Συγγενής παθήσεις (π.χ. συγγενής καρδιοπάθειες, συγγενής παθήσεις ουροποιητικού)?																
5	Aids / Ηπατίτιδα ή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα?																
6	Παθήσεις γαστρεντερικού/πεπτικού/ουροποιητικού/γεννητικών οργάνων?(π.χ. παθήσεις εντέρου, έλκος, χολής, ύπατος, παγκρέατος, νεφρών, οποιασδήποτε μορφής κήλες, ουροδόχου κύστης, προστάτη, ινομιώματα, κύστες κ.λ.π.)																
7	Ενδοκρινολογικές/ορμονολογικές/μεταβολικές παθήσεις?(π.χ. θυρεοειδούς αδένος, σακχαρώδη διαβήτης κ.λ.π.)																
8	Αναπνευστικά προβλήματα? (π.χ. άσθμα, πνευμονία, φυματίωση, βρογχίτιδα κ.λ.π.)																
9	Παθήσεις αρτηριών & φλεβών, λεμφαδένων ή αίματος? (π.χ. φλεβική ανεπάρκεια, κίρσους, παθήσεις σπληνός, αναιμίες κ.λ.π)																
10	Παθήσεις ωτορινολαρυγγολογικές/οφθαλμολογικές? (π.χ. παθήσεις φάρυγγα, λάρυγγα, αμυγδαλών, ρινικού διαφράγματος, ακοής, οφθαλμών (εκτός μυωπίας & πρεσβυωπίας)																
11	Παθήσεις μυοσκελετικού ή ρευματικές παθήσεις? (π.χ. αρθρίτιδα, δισκοπάθεια, οστεοπόρωση, μυών, παθήσεις άκρων ή σπονδυλικής στήλης)																
12	Ραγάδες δακτύλιου, αιμορροΐδες ή κύστη κόκυγος κ.λ.π?																



		ΝΑΙ				ΟΧΙ									
		Ασφαλισμένος	Σύζυγος	Συμβαλλόμενος	Τέκνο 1	Τέκνο 2	Τέκνο 3	Τέκνο 4	Ασφαλισμένος	Σύζυγος	Συμβαλλόμενος	Τέκνο 1	Τέκνο 2	Τέκνο 3	Τέκνο 4
13	Δερματολογικές παθήσεις? (Ψωρίαση, σπίλοι, άτονα έλκη κ.λ.π.)														
14	Έχετε ή είχατε οποιαδήποτε ασθένεια τραυματισμό ή αναπηρία που δεν αναφέρθηκε παραπάνω?														
15	Έχετε υποβληθεί σε αισθητικές επεμβάσεις?														
7	(Αφορά μόνον γυναίκες) Είστε τώρα έγκυος? Αν ναι σε ποιο μήνα?.....														
8	(Αφορά μόνον άνδρες) έχετε πάρει αναβολή ή απαλλαγή από την στρατιωτική σας θητεία για λόγους υγείας (Αν ναι, παρακαλούμε διευκρινίστε) ?														
9	Ασχολείστε ερασιτεχνικά ή επαγγελματικά με extreme sports όπως πιλοτάρισμα πτητικού μέσου, ορειβασία/ αναρρίχηση, πτώση με αλεξίπτωτο, καταδύσεις, αγώνες ταχύτητας κ.λ.π.? ή το επάγγελμά σας ανήκει σε κάποια από τις ακόλουθες κατηγορίες: δυτών, πληρωμάτων πλοίων, προσωπικού ή υπάμενου πληρώματος αεροπορικών εταιριών, εργατών ορυχείων, ναυτικών, στρατιωτικών ή πολεμικής αεροπορίας?														
10	Έχετε βιβλιάριο ασθενοείας ή συνταγολόγιο?														
11	Στην οικογένειά σας είχατε περιπτώσεις διαβήτη, στεφανιαίας νόσου, πολυκυστικών νεφρών, διανοητικών ή ψυχιατρικών διαταραχών ή άλλων κληρονομικών παθήσεων? (Αν ναι περιγράψτε Συγγένεια, Πάθηση Ηλικία διάγνωσης, ηλικία σημερινή ή ηλικία θανάτου).														
12	Κατά την τελευταία πενταετία έχετε υποβληθεί σε ιατρικό προληπτικό έλεγχο (check-up) ή οποιαδήποτε ιατρική εξέταση από όπου προέκυψαν αποτελέσματα ΕΚΤΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΤΙΜΩΝ? Αν ναι περιγράψτε αναλυτικά														

Για τα ερωτήματα που απαντήσατε θετικά περιγράψτε λεπτομερώς:

Αριθ. Ερώτησης	Όνομα προσώπου που αφορά	Απάντηση-Αναλυτική περιγραφή	Χρονολογία	Σημερινή κατάσταση



ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΔΗΠΗΤΗ- ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΩΝ & ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

Η παρούσα δήλωση επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων στοχεύει στην κατανόηση της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν από την Εταιρία μας.

Πριν μας παράσχετε προσωπικά δεδομένα που αφορούν τρίτο πρόσωπο, πρέπει:

(α) να ενημερώσετε το άτομο σχετικά με το περιεχόμενο της παρούσας, **(β)** να λάβετε την συγκατάθεσή του για να μοιραστείτε με την Εταιρία τα προσωπικά δεδομένα του σύμφωνα με την παρούσα.

1.- Η Εταιρία μας

Η Ασφαλιστική Εταιρία με την επωνυμία «ΕΥΡΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ» και το διακριτικό τίτλο «ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ» (στο εξής ως η «Εταιρία») θα επεξεργαστεί τα προσωπικά δεδομένα του υποκειμένου των δεδομένων (ή δεδομένα μελών της διοίκησης σε περίπτωση νομικού προσώπου), με την ιδιότητά της ως **Υπεύθυνη Επεξεργασίας Δεδομένων (Data Controller)**. Η Εταιρία θα τηρεί αρχείο στα γραφεία της στην Αθήνα Αττικής, οδός Φιλελλήνων αρ. 25, Τηλ.: 210 - 3230 707 (info@europe-asfalistikiki.gr).

2.- Σκοποί Επεξεργασίας

Η Εταιρία θα επεξεργαστεί τα προσωπικά δεδομένα σας για καθορισμένους, ρητούς και νομίμους σκοπούς. Ειδικότερα θα επεξεργαστεί τα προσωπικά σας δεδομένα κατά περίπτωση με σκοπό:

(α) την λήψη απόφασης σχετικά με την σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης κατόπιν αιτήσεως του υποκειμένου των δεδομένων πριν από την σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης, (β) την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής σχέσης του υποκειμένου των δεδομένων με την Εταιρία, (γ) την παροχή υπηρεσιών marketing κατόπιν ρητής συγκατάθεσης του υποκειμένου του δικαιωμάτων, (δ) τη λήψη επιχειρηματικής απόφασης σχετικά με την αξιολόγησή σας για την συνεργασία μαζί σας κατόπιν αίτησης του υποκειμένου των δεδομένων πριν από τη σύναψη σύμβασης, (ε) την συμμόρφωση της Εταιρίας με δικαστικές αποφάσεις και την απόκριση σε αιτήματα δημοσίων αρχών, τη διαχείριση παραπόνων, την πρόληψη και καταστολή νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες, την αποφυγή και καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης και τη χρηματοδότηση της τρομοκρατίας, την εφαρμογή της ελληνικής φορολογικής νομοθεσίας και την εν γένει συμμόρφωση της Εταιρίας με νόμιμη υποχρέωση, (στ) την άσκηση νόμιμων δικαιωμάτων της Εταιρίας στο πλαίσιο ικανοποίησης των εννόμων συμφερόντων της.

3.- Αυτοματοποιημένη Λήψη Αποφάσεων

Με την συμπλήρωση της αίτησης ασφάλισης μέσω της ηλεκτρονικής μας πλατφόρμας και την δήλωση προσωπικών σας δεδομένων, η Εταιρία διενεργεί πράξεις επεξεργασίας δεδομένων σας με την υποστήριξη αυτοματοποιημένων διαδικασιών που βασίζονται σε μαθηματικές ή/και στατιστικές αναλύσεις, που ως σκοπό έχουν να κριθεί αν η αίτησή σας θα γίνει αποδεκτή ή όχι και σε καταφατική περίπτωση να υπολογιστεί το αναλογούν ασφάλιστρο και τυχόν ειδικοί όροι ασφάλισης. Σε περίπτωση απόρριψης της αίτησής σας ή σε περίπτωση διατύπωσης αντιρρήσεων εκ μέρους σας μπορείτε να επικοινωνείτε με την Εταιρία για την παροχή διευκρινίσεων.

4.- Ποια προσωπικά δεδομένα επεξεργαζόμαστε;

Η Εταιρία θα συλλέξει κατά το στάδιο της αίτησης/πρότασης/σύναψης της σύμβασης και θα επεξεργαστεί μόνο τα απολύτως αναγκαία δεδομένα σας για τους ανωτέρω αναφερόμενους σκοπούς και συγκεκριμένα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αναφέρονται στην αίτηση/πρόταση/σύμβαση και στα συνοδευτικά αυτών δικαιολογητικά.

Ειδικότερα, η Εταιρία θα προβεί σε συλλογή και επεξεργασία κατά περίπτωση:

(α) των επίσημων στοιχείων ταυτοποίησης, (β) των στοιχείων επικοινωνίας, (γ) των δεδομένων και πληροφοριών ασφάλισης και ασφαλιστικής απαίτησης, (δ) των γενικών πληροφοριών, (ε) των στοιχείων πληρωμής, χρηματοοικονομικών πληροφοριών και λογαριασμών, (στ) των δεδομένων ειδικής κατηγορίας, όπως δεδομένα υγείας (αν αφορά σε κάλυψη υγείας) ή οικονομικής/περιουσιακής κατάστασης, (ζ) των δεδομένων καταγραφής τηλεφωνικών κλήσεων μέσω των τηλεφωνικών κέντρων με τα οποία συνεργάζεται η Εταιρία, (η) των δεδομένων εικόνας (λ.χ. φωτογραφίες), (θ) πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την παροχή ασφαλιστικών προϊόντων και υπηρεσιών, (ι) πληροφορίες για την εκπαίδευση και εργασιακή κατάσταση και εμπειρία, (κ) προτιμήσεις μάρκετινγκ

Τυχόν άρνησή σας για χορήγηση των προσωπικών σας δεδομένων που απαιτούνται για τους άνω αναφερόμενους σκοπούς θα έχει ως αποτέλεσμα τη μη εξέταση της αίτησής σας με οποιοδήποτε περιεχόμενο (π.χ. συνεργασίας), της αίτησης ασφάλισης ή της μη σύναψη ασφαλιστικής σχέσης ή την αδυναμία παροχής αποζημίωσης.

Σε περίπτωση αλλαγής οποιουδήποτε προσωπικού δεδομένου το οποίο έχετε γνωστοποιήσει στην Εταιρία **οφείλετε να ειδοποιήσετε έγκαιρα την Εταιρία**, με σκοπό να τηρούνται τα προσωπικά δεδομένα των υποκειμένων επικαιροποιημένα και να τους παρέχονται οι σωστές ασφαλιστικές καλύψεις.

5.- Νόμιμη βάση επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων

Η Εταιρία θα επεξεργαστεί τα προσωπικά δεδομένα του υποκειμένου κατά περίπτωση σύμφωνα με τις ακόλουθες νομικές βάσεις: (α) τη ρητή και ελεύθερη συγκατάθεση του υποκειμένου που θα μας χορηγήσει μέσω της παρούσας δήλωσης, (β) για την εκτέλεση της συμβατικής σχέσης, (γ) την συμμόρφωση της Εταιρίας βάσει τις ισχύουσες νομοθεσίας, (δ) προς άσκηση των εννόμων συμφερόντων της Εταιρίας

6.- Διαβίβαση και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων

Η Εταιρία, μετά την υποβολή της αίτησης/πρότασης/σύμβασης ασφάλισης, θα προβεί σε κάθε πράξη επεξεργασίας (π.χ. συλλογή, καταχώριση, οργάνωση, αποθήκευση, μεταβολή, διαγραφή, καταστροφή κ.λπ.) προς εκπλήρωση των ανωτέρω σκοπών επεξεργασίας.

Η Εταιρία θα διαβιβάζει τα προσωπικά δεδομένα σας σε φυσικά πρόσωπα της Εταιρίας και σε άλλα τμήματα της Εταιρίας ή σε όποιον άλλο αποδέκτη απαιτείται, για τη διεκπεραίωση της ασφαλιστικής εργασίας και την εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης (π.χ. ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, πραγματογνώμονες, ερευνητές, ιατρούς, Παρόχους Υπηρεσιών Υγείας, συνεργαζόμενες ανασφαλιστικές εταιρίες, εταιρίες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, δικηγόρους, συμβαλλόμενες δανειστριες τράπεζες). Η Εταιρία στις περιπτώσεις ασφάλισης αστικής ευθύνης αυτοκινήτου θα διαβιβάζει δεδομένα στην Υπηρεσία Στατιστικής των Ασφαλιστικών Εταιριών (αρχείο Υ.Σ.Α.Ε.), ενώ δύναται να διαβιβάζει προσωπικά δεδομένα σας σε Δημόσιες ή Δικαστικές Αρχές σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία.

Η Εταιρία μας δεσμεύεται να διατηρεί τα δεδομένα σας ενημερωμένα και ακριβή, να τα αποθηκεύει και να τα φυλάσσει με ασφάλεια, να τα προστατεύει από απώλεια, κακή χρήση, μη εξουσιοδοτημένη διαβίβαση ή αποκάλυψη και να εξασφαλίζει εν γένει τα κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για την προστασία τους.

6.- Χρόνος τήρησης των δεδομένων

Η Εταιρία θα διατηρήσει και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα για τους σκοπούς εκτέλεσης της σύμβασης για όσο διάστημα είναι ενεργή η ασφαλιστική σύμβαση, καθώς και για είκοσι (20) έτη μετά τη λύση/λήξη της σύμβασης για οποιοδήποτε λόγο, εκτός εάν η νομοθεσία προβλέπει διαφορετική περίοδο διατήρησης. Σε περίπτωση που δεν συναφθεί σύμβαση μεταξύ μας, η Εταιρία θα τηρεί και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα για χρονικό διάστημα πέντε (5) ετών ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα εφόσον εκκρεμεί δικαστική αξίωση.

7.- Τα δικαιώματά σας

Η νομοθεσία της προστασίας προσωπικών δεδομένων προβλέπει δικαιώματα όσον αφορά την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων. Συγκεκριμένα, μπορείτε να ασκήσετε τα ακόλουθα δικαιώματα: **(α) Δικαίωμα πρόσβασης:** Μπορείτε να ενημερωθείτε, κατόπιν αιτήματος, σχετικά με το κατά πόσον ή όχι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν υφίστανται επεξεργασία και να λαμβάνετε σχετικές πληροφορίες, **(β) Δικαίωμα δόρθωσης:** Μπορείτε να ζητήσετε δόρθωση ανακριβών δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα ή τη συμπλήρωση ελλυτών, **(γ) Δικαίωμα διαγραφής:** Μπορείτε να ζητήσετε τη διαγραφή των δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις προβλεπόμενες από το νομοθετικό πλαίσιο, **(δ) Δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας:** Μπορείτε να ζητήσετε τον περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα, υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις προβλεπόμενες από το νομοθετικό πλαίσιο, **(ε) Δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων:** Μπορείτε να λάβετε τα δεδομένα σας προσωπικού χαρακτήρα σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο και αναγνώσιμο από μηχανήματα μορφότυπο, καθώς και να διαβιβάζετε τα εν λόγω δεδομένα σε άλλον υπεύθυνο επεξεργασίας, **(στ) Δικαίωμα εναντίωσης:** Δικαιούστε να αντιτάσσετε, ανά πάσα στιγμή και για λόγους που σχετίζονται με την ιδιαίτερη κατάστασή σας, στην επεξεργασία δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα περιλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ.

Για την άσκηση των ανωτέρω δικαιωμάτων ή για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας www.europe-asfalistikiki.gr ή να επικοινωνήσετε με την Υπεύθυνη Προστασίας Δεδομένων, Γεωργία Φλώρου, στο 210 - 3230 707 ή στο dataprotection@europe-asfalistikiki.gr Η αίτηση άσκησης των δικαιωμάτων είναι δωρεάν και γίνεται εγγράφως είτε μέσω e-mail στο dataprotection@europe-asfalistikiki.gr, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Φιλελλήνων αρ. 25, 105 57 Αθήνα, υπόψη Υπεύθυνης Προστασίας Δεδομένων.



Σε περίπτωση άσκησης των δικαιωμάτων, η Εταιρία θα λάβει όλα τα αναγκαία μέτρα για την ικανοποίηση του και θα λάβετε σχετική απάντηση εντός 30 ημερών. Σε κάθε περίπτωση δικαιούστε να απευθύνεστε και στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, Κηφισίας 1-3, 11523 Αθήνα, για θέματα παραβίασης των προσωπικών σας δεδομένων.

Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να τροποποιήσει την παρούσα ανα πάσα στιγμή. Θα ενημερωθείτε για οποιοσδήποτε αλλαγές με ανάρτηση στην ιστοσελίδα www.europe-asfalistikiki.gr είτε ενημερώνοντάς σας με κάθε πρόσφορο μέσο, συμπεριλαμβανομένων των μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Βάσει των ανωτέρω δηλώνω ότι :

Ενημερώθηκα ρητά για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων καθώς και των ειδικής κατηγορίας προσωπικών μου δεδομένων, την οποία πραγματοποιεί η Ασφαλιστική Εταιρία «ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ» , έλαβα γνώση των δικαιωμάτων που μου παρέχει η σχετική νομοθεσία, αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης και παρέχω την ελεύθερη, ρητή και εν πλήρει επιγνώσει, συγκατάθεσή μου στην επεξεργασία των ανωτέρω δεδομένων που με αφορούν.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ/ΠΡΩΘΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ

Κατωτέρω δηλώνω ρητά τη συναίνεση ή τη μη συναίνεση μου για την επεξεργασία δεδομένων μου από την Ασφαλιστική Εταιρία «ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ» για προωθητικούς/εμπορικούς σκοπούς, αφού :

A.- Ενημερώθηκα ρητά ότι σε περίπτωση συναίνεσής μου η «ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ» θα επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων προώθησης προϊόντων και τη διενέργεια στοχευμένων ερευνών για την ικανοποίηση από τις ασφαλιστικές υπηρεσίες που παρέχει η Εταιρία. B.- Έλαβα γνώση των δικαιωμάτων που μου παρέχει η σχετική νομοθεσία καθώς και της πιθανότητας διαβίβασης των δεδομένων μου σε εταιρίες ερευνών και εταιρίες marketing.

Ο συμβαλλόμενος/λήπτης της ασφάλισης :

ΣΥΝΑΙΝΩ
ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Ο Ασφαλισμένος :

ΣΥΝΑΙΝΩ
ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Ο / Η σύζυγος νόμιμη/ος σύντροφος :

ΣΥΝΑΙΝΩ
ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Οι κατωτέρω υπογράφωντες διάβασαν με προσοχή την παρούσα δήλωση, περιλαμβανομένων των δηλώσεων συναίνεσης για την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων και την αποδέχονται.

ΤΟΠΟΣ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ/ ΛΗΠΤΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ-ΝΟΜ/ΜΟΣ
ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

(σε περίπτωση ανήλικου, υπογραφή του/των
προσώπου/ων που έχει/ουν τη γονική
μέριμνα)

Αφού ανέγνωσα με προσοχή τις καταχωρισθείσες δηλώσεις Λήπτη Ασφάλισης/Ασφαλισμένου και πληροφορίες, οι οποίες είναι αναγκαίες για τον έλεγχο της ασφαλισιμότητας μου, βεβαιώνω ότι αυτές είναι αληθείς και πλήρεις και αποδέχομαι βάσει αυτών να ασφαλιστώ στην Εταιρία σας, γνωρίζοντας ότι η παρούσα Αίτησή μου θα αποτελέσει τη βάση και αναπόσπαστο τμήμα του Ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί, των όρων του οποίου έλαβα γνώση και συμφωνώ με αυτούς. Για δε τυχόν μεταβολή των δηλωθέντων προσωπικών μου δεδομένων, αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω άμεσα την ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ.

Η διεύθυνση κατοικίας και η ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που δηλώνονται στην παρούσα αποτελούν τη νόμιμη κατοικία και τη νόμιμη ηλεκτρονική διεύθυνση του Ασφαλιζόμενου/Συμβαλλόμενου αντίστοιχα, στις οποίες νόμιμα κοινοποιείται από την ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ κάθε έγγραφο που αφορά την παρούσα και το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα εκδοθεί και παράγονται τα κατά νόμο και κατά το ασφαλιστήριο συμβόλαιο αποτελέσματα από την ημέρα κοινοποίησης.

Η ισχύς του Ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί, θα αρχίσει από την έκδοση και παράδοση αυτού και με τον όρο ότι θα έχει καταβληθεί το εφάπαξ ασφάλιστρο ή η πρώτη δόση και ότι οι συνθήκες που επηρεάζουν την ασφαλισιμότητα του προτεινόμενου για ασφάλιση, παραμένουν όπως δηλώθηκαν στην παρούσα Αίτηση. Επίσης αποδέχομαι ότι η κατάρτιση, τροποποίηση ή κατάργηση της συναπτόμενης ασφαλιστικής συμβάσεως, θα αποδεικνύεται με έγγραφα που φέρουν την υπογραφή των νόμιμων εκπροσώπων της ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ. Επιπρόσθετα, σε περίπτωση αξίωσής μου για καταβολή ασφαλιστικής αποζημίωσης, δηλώνω και αποδέχομαι την εξετασή μου από συνεργαζόμενο Ιατρό της ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, καθώς και την πλήρη ενημέρωση της Εταιρίας με τα σχετικά ιατρικά στοιχεία.

ΤΟΠΟΣ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ/ ΛΗΠΤΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ-ΝΟΜ/ΜΟΣ
ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

(σε περίπτωση ανήλικου, υπογραφή του /
των προσώπου/ων που έχουν την γονική
μέριμνα)

(σε περίπτωση Εταιρίας, υπογραφή &
σφραγίδα του νόμιμου εκπρόσωπου)

Η Πρόταση Ασφάλισης θεωρείται αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου



ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (άρθρο 150 του ν.4364/2016)

Η πλήρης επωνυμία της Εταιρίας μας είναι :

ΕΥΡΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ

Διακριτικός τίτλος : ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Έδρα : Αθήνα Αττικής, Ελλάδα

Διεύθυνση έδρας : Φιλελλήνων 25, Αθήνα, Τ.Κ.:105 57, Τηλ: 210 3230707, Fax: 210 3254853,

website: www.europe-asfalistiki.gr

Αριθμός ΓΕΜΗ: 857301000

Α.Φ.Μ. : 094156368

Εφαρμοστέο δίκαιο: Ελληνικό

Οι Ασφαλισμένοι μπορούν να απευθύνονται στην παρακάτω ηλεκτρονική διεύθυνση για αιτιάσεις:

complaints@europe-asfalistiki.gr

Ως αιτίαση νοείται το παράπονο ή η δήλωση δυσαρέσκειας που απευθύνεται στην Εταιρία από πρόσωπο φυσικό ή νομικό το οποίο σχετίζεται με το Ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που του παρέχονται.

Ως αιτώμενος νοείται το πρόσωπο φυσικό ή νομικό που εκλαμβάνεται ως έχων τις προϋποθέσεις να εγείρει αιτίαση προς εξέταση.

Αρμόδια για τη διαχείριση των αιτιάσεων είναι η Υπεύθυνη Διαχείρισης Αιτιάσεων (τηλ.2103230707).

Η Εταιρία θα εξετάσει την αιτίαση και θα αποστείλει έγγραφη αιτιολογημένη απάντηση στον αιτώμενο, το αργότερο εντός 50 ημερολογιακών ημερών από την υποβολή της αιτίαςης.

Η ενεργοποίηση του μηχανισμού εξέτασης αιτιάσεων δεν διακόπτει την παραγραφή εννόμων αξιώσεων του αιτώμενου.

Ο αιτώμενος μπορεί να αποταθεί για την εξωδικαστική επίλυση του προβλήματός του σε άλλους φορείς, όπως ενδεικτικά τη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή, το Συνήγορο του Καταναλωτή (σε προθεσμία ενός έτους από όταν έλαβε πλήρη γνώση της βλαπτικής πράξης ή παράλειψης) και την Τράπεζα της Ελλάδος.

Περισσότερες πληροφορίες για την υποβολή αιτίαςης καθώς και για την διαδικασία διαχείρισης αιτιάσεων από την Εταιρία μπορείτε να βρείτε στον ιστότοπο της Εταιρίας.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

- A. Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις είναι πλήρεις, αληθείς και ότι στην Αίτηση αυτή έχουν καταγραφεί με ακρίβεια και υπογραφεί ενώπιον μου όλα όσα δήλωσαν τα πρόσωπα που επιθυμούν την ασφάλιση και ο Συμβαλλόμενος, των οποίων βεβαιώνω την ταυτότητα και δεν γνωρίζω οτιδήποτε επιπλέον που θα μπορούσε να επηρεάσει την απόφαση της Εταιρίας για το σωστό υπολογισμό και εκτίμηση του κινδύνου που πρόκειται να αναλάβει.

Όνοματεπώνυμο Διαμεσολαβητή :

Υπογραφή :

Έλεγχος του Προϊσταμένου του Διαμεσολαβητή

Έχω διαβάσει και ελέγξει την ορθή συμπλήρωση της παρούσας Αίτησης.

Όνοματεπώνυμο Διαμεσολαβητή :

Υπογραφή :

Τόπος :

Ημερομηνία :



ΠΡΟΣ : ΕΥΡΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ
ΦΙΛΕΛΛΗΝΩΝ 25 – ΑΘΗΝΑ 105 57
ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 210-3230707, Fax : 210-3240327, email : health@europe-asfalistiki.gr

Αρ. Αίτησης : _____

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ € _____

Καταβλήθηκε από τ. _____
(Συμβαλλόμενο) το ποσό των € _____ ως προκαταβολή για
την έκδοση Ασφαλιστηρίου, σύμφωνα με την ταυτάριθμη Αίτηση Ασφάλισης. Η καταβολή έγινε με βάση τους
όρους αποδοχής προκαταβολής που αναγράφονται παρακάτω και ισχύει εφόσον η πληρωμή έγινε με
μετρητά.

Τόπος : _____ Ημερομηνία : _____

Ο λαβών _____ Υπογραφή : _____

Πληρωμή Ασφαλίσεων

Συχνότητα Πληρωμής Ασφαλίσεων:

Ετήσια Εξάμηνη Τριμηνιαία Μηνιαία*

(*Με ενεργοποίηση Πληρωμής Ασφαλίσεων μέσω
Πάγιας Εντολής από την **ONLINE ΠΛΗΡΩΜΗ**)

Τρόποι Πληρωμής Ασφαλίσεων

Μέσω Ταχυπληρωμής ΕΛΤΑ/
Σύστημα ΔΙΑΣ Με κατάθεση σε Τραπ.Λογ/σμο
της ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Εξόφληση στο Ταμείο
της ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

*Η ενεργοποίηση ΠΑΓΙΑΣ ΕΝΤΟΛΗΣ πραγματοποιείται από την εφαρμογή **ONLINE ΠΛΗΡΩΜΗ** με ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ή/και ΧΡΕΩΣΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ, κατά τη διαδικασία εξόφλησης της πρώτης οφειλής.

Όλες οι δόσεις μπορούν να εξοφληθούν και με Πιστωτική Κάρτα και εφόσον το ποσό της δόσης είναι άνω των 150€ ισχύουν 6 άτοκες δόσεις.

(Για την Εταιρία)



ΠΡΟΣ : ΕΥΡΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ
ΦΙΛΕΛΛΗΝΩΝ 25 – ΑΘΗΝΑ 105 57
ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 210-3230707, Fax : 210-3240327, email : health@europe-asfalistiki.gr

Αρ. Αίτησης : _____

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ € _____

Καταβλήθηκε από τ _____
(Συμβαλλόμενο) το ποσό των € _____ ως προκαταβολή για
την έκδοση Ασφαλιστηρίου, σύμφωνα με την ταυτάριθμη Αίτηση Ασφάλισης. Η καταβολή έγινε με βάση τους
όρους αποδοχής προκαταβολής που αναγράφονται παρακάτω και ισχύει εφόσον η πληρωμή έγινε με
μετρητά.

Τόπος : _____

Ημερομηνία : _____

Ο λαβών _____

Υπογραφή : _____

Αποδοχή Προκαταβολής

- Εάν η Εταιρία δεν αποδεχθεί την παρούσα Αίτηση ή εκδώσει Ασφαλιστήριο με διαφορετικούς όρους από τους αιτούμενους και δεν γίνει αποδεκτό από τον Συμβαλλόμενο, επιστρέφει το ποσό της προκαταβολής, μετά την παραλαβή της απόδειξης προκαταβολής και εφόσον δεν έχουν γίνει δαπάνες προασφαλιστικού ελέγχου.
- Το ποσό της προκαταβολής είναι 100€ και η καταβολή του με την Αίτηση Ασφάλισης, αποτελεί προϋπόθεση για ασφαλιζόμενους από 56 ετών και άνω.
- Το υπολειπόμενο ποσό για την συμπλήρωση της πρώτης δόσης του ετήσιου ασφαλιστρού θα καταβληθεί από τον Συμβαλλόμενο μετά από ειδοποίηση της Εταιρίας. Εάν δεν σας παραδοθεί το Ασφαλιστήριο μέσα σε 30 ημέρες, παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με τα κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας στο τηλ. 210-3230707.

