

Αριθμός Αίτησης: _____

Αριθμός Προσφοράς: _____

Αριθμός Ασφαλιστηρίου: _____

Medical *family*

Αίτηση Ασφαλιστικής Κάλυψης

Στοιχεία Συνεργάτη

Γραφείο Πώλησης: _____ Κωδικός Συνεργάτη: _____ Υποκωδικός: _____

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης

Άνδρας Γυναίκα Εταιρία

Κωδικός Πελάτη: _____

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____

Ημερ. γέννησης: _____ Υψηκότητα: _____ Οικογενειακή κατάσταση:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Αρχή Έκδοσης: _____ Ημερ. Έκδοσης: _____

Α.Φ.Μ.: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____ Σχέση με τον ασφαλ.:

Κύριο επάγγελμα: Επωνυμία εργοδότη: _____

Αναλυτική περιγραφή επαγγέλματος: _____

Δευτερεύον επάγγελμα: (Εάν υπάρχει)

Διεύθυνση

κατοικίας

εργασίας

Οδός: _____ Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____ Πόλη: _____

Τηλ: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Αριθμός IBAN*: _____

* Παρέχεται η δυνατότητα αυτόματης πίστωσης του τραπεζικού σας λογαριασμού, συμπεριλαμβανομένης της καταβολής αποζημίωσης μέχρι 3.000,00 €

Στοιχεία Ασφαλισμένου

Ο ίδιος

Άνδρας Γυναίκα

Κωδικός Πελάτη: _____

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____

Ημερ. γέννησης: _____ Υψηκότητα: _____ Οικογενειακή κατάσταση:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Αρχή Έκδοσης: _____ Ημερ. Έκδοσης: _____

Α.Φ.Μ.: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____

Κύριο επάγγελμα: Επωνυμία εργοδότη: _____

Αναλυτική περιγραφή επαγγέλματος: _____

Δευτερεύον επάγγελμα: (Εάν υπάρχει)

Διεύθυνση

κατοικίας

εργασίας

Οδός: _____ Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____ Πόλη: _____

Τηλ: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Αριθμός IBAN*: _____

* Παρέχεται η δυνατότητα αυτόματης πίστωσης του τραπεζικού σας λογαριασμού, συμπεριλαμβανομένης της καταβολής αποζημίωσης μέχρι 3.000,00 €

Δικαιούχοι σε περίπτωση θανάτου του Ασφαλισμένου

Οι νόμιμοι κληρονόμοι %: _____ Άλλοι δικαιούχοι

Ποσοστό %: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____
Ημερ. γέννησης: _____ Σχέση με τον ασφαλισμένο: _____
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Α.Φ.Μ.: _____

Ποσοστό %: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____
Ημερ. γέννησης: _____ Σχέση με τον ασφαλισμένο: _____
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Α.Φ.Μ.: _____

Ποσοστό %: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____
Ημερ. γέννησης: _____ Σχέση με τον ασφαλισμένο: _____
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Α.Φ.Μ.: _____

Εξαρτώμενα μέλη (εάν προτείνονται για ασφάλιση)

Στοιχεία συζύγου

Α.Μ.Κ.Α.: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____
Ημερ. γέννησης: _____ Επάγγελμα: _____
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου: _____ Α.Φ.Μ.: _____

Στοιχεία τέκνων

1. Άνδρας Γυναίκα Α.Μ.Κ.Α.: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____ Ημερ. γέννησης: _____

2. Άνδρας Γυναίκα Α.Μ.Κ.Α.: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____ Ημερ. γέννησης: _____

3. Άνδρας Γυναίκα Α.Μ.Κ.Α.: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____ Ημερ. γέννησης: _____

4. Άνδρας Γυναίκα Α.Μ.Κ.Α.: _____ Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Όνομα πατρός: _____ Ημερ. γέννησης: _____

Βασικό Πρόγραμμα

Πρόσκαιρη Ασφάλιση (χωρίς συμμετοχή στα κέρδη)
(προσφέρεται αποκλειστικά για την παροχή Medical Family)

Ασφαλισμένο κεφάλαιο:

3.000,00€ για ηλικίες 51 έως 65

5.000,00€ για ηλικίες 41 έως 50

10.000,00€ για ηλικίες 0 έως 40

Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Περιθαλψης

Medical Family

Κεφάλαιο (ετήσιο όριο): 520.000,00 €

Ποσό Συμμετοχής: _____

Συμπληρωματική παροχή

Θέση Νοσηλείας: Β

Μελλοντική Μείωση

Συμπληρωματικές Παροχές Ατυχήματος / Ασθένειας

Ασφαλισμένος

Προστασία Μελλοντικών Ασφαλιστρων (σε περίπτωση ΜΟΑ)

Προστασία Μελλοντικών Ασφαλιστρων (σε περίπτωση ΜΟΑ ή Θανάτου του συμβαλλόμενου)

Απόλυτη	Επαγγελματική	Ασφαλισμένο κεφάλαιο

Ειδικά Αιτήματα

Στοιχεία επικοινωνίας

Ημνία

Από Έως

Τηλέφωνο επικοινωνίας

Κινητό τηλέφωνο

Ιδιαίτερα Αιτήματα

Ερωτηματολόγιο



Παρακαλώ συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο

C25	Αν είστε ενήλικας άνδρας και δεν έχετε εκπληρώσει τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις, τότε τσεκάρετε το πεδίο.	<input type="checkbox"/>
C26	Είστε κάτοχος βιβλιαρίου υγείας;	<input type="checkbox"/>
C27	Παρακαλώ συμπληρώστε τυχόν ασφαλιστικό φορέα σε ισχύ.	<input type="text"/> <input type="button" value="v"/>
D29	Αν είστε κάτοχος άλλου ατομικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου παρακαλούμε να συμπληρωθούν οι εξής ερωτήσεις:	
	α. Επωνυμία εταιρείας	<input type="text"/> <input type="button" value="v"/>
	β. Ημερομηνία έναρξης ασφαλιστηρίου	<input type="text" value="ηη/μμ/εεεε"/>
	γ. Ημερομηνία λήξης ασφαλιστηρίου	<input type="text" value="ηη/μμ/εεεε"/>
	δ. Κεφάλαιο νοσοκομειακής κάλυψης	<input type="text"/> €
D30	Είστε κάτοχος ομαδικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου; Αν ναι τότε συμπληρώστε το όνομα της εταιρίας-Εργοδότη.	<input type="text"/>
E31	Αν έχετε επιλέξει Medical Safety ή Family και επιθυμείτε το δικαίωμα μελλοντικής μείωσης, τσεκάρετε το πεδίο.	<input type="checkbox"/>
F32	Έχετε κάποιο ειδικό αίτημα που αφορά στην παρούσα προσφορά ασφάλισης;	<input type="checkbox"/>

Γενικές Πληροφορίες - Δήλωση Ασφαλισμένου

Οι υπογράφοντες, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή ηπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών σε αυτούς περιστατικών που είναι ουσιώδη για τη σύναψη αυτής της ασφάλισης, δηλώνουμε ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα αίτηση και αφορούν στο πρόσωπό μου ή στα πρόσωπά μας, καθώς και στην υγεία των υποψηφίων για ασφάλιση είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς οποιεσδήποτε παραλείψεις και μεταβολές, αποδεχόμεστε δε ότι θα αποτελέσουν τη βάση για το υπό έκδοση Ασφαλιστήριο και την αντιμετώπιση ασφαλιστικής περίπτωσης. Οι παραπάνω δηλώσεις μου ισχύουν και για κάθε Πρόσθετη Πράξη, εκτός εάν τροποποιηθούν με έγγραφό μου, το περιεχόμενο του οποίου θα γίνει αποδεκτό από την Εταιρία.

Η Εταιρία Generali Hellas A.A.E. ως «Υπεύθυνος Επεξεργασίας» έχει ενημερώσει τους υπογράφοντες πριν την υποβολή της παρούσας, τόσο προφορικά όσο και με ανακοινώσεις και ενημερωτικά φυλλάδια ότι τα προσωπικά τους δεδομένα που περιλαμβάνονται στην παρούσα καθώς και άλλα προσωπικά δεδομένα που έχει συλλέξει με τη συνδρομή τους ή θα δημιουργηθούν μετά την υπογραφή της παρούσας θα αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας ή και από τρίτους που εκτελούν την επεξεργασία κατ' εντολή και για λογαριασμό της ως εξής:

Σκοπός επεξεργασίας:

- α) εξυπηρέτηση, υποστήριξη και παρακολούθηση των συμβατικών σχέσεων που δημιουργούνται με την υπογραφή της ασφαλιστικής σύμβασης,
- β) προώθηση των συμφερόντων του Υπεύθυνου Επεξεργασίας και εκπλήρωση των σχετικών υποχρεώσεών του.

Αποδέκτες των δεδομένων:

- α) ο ανωτέρω αναφερόμενος Υπεύθυνος Επεξεργασίας ή / και οποιοσδήποτε άλλος συνεργαζόμενος με αυτόν φορέας που τυχόν αναλάβει την επεξεργασία των στοιχείων σε ηλεκτρονικό ή μη αρχείο δεδομένων με σκοπό την υποστήριξη της λειτουργίας του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου,
- β) τρίτοι, όπως εταιρίες είσπραξης απαιτήσεων, δικηγόροι, συμβολαιογράφοι και δικαστικοί επιμελητές στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους, με σκοπό την εξώδικο ή δικαστική είσπραξη των από την παρούσα απαιτήσεων του Υπεύθυνου Επεξεργασίας ή άλλη παρόμοια δραστηριότητα.

Σε περίπτωση επέλευσης ασφαλιστικού κινδύνου, οι υπογράφοντες την παρούσα δίνουν ανέκκλητη ειδική εντολή και πληρεξουσιότητα, η οποία ισχύει και στην περίπτωση θανάτου αυτών, στην Generali Hellas A.A.E., να αναζητεί και να λαμβάνει κάθε πληροφορία ή ιστορικό από τους γιατρούς και τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που τους περιέθαλψαν υγειονομικά και να διενεργεί κάθε απαραίτητη έρευνα. Επίσης οι υπογράφοντες παρέχουν με την παρούσα την εντολή στους πιο πάνω γιατρούς και Νοσηλευτικά Ιδρύματα να δίνουν γραπτά ή προφορικά στοιχεία που θα ζητήσει η Εταιρία.

Σε περίπτωση που ο ίδιος ο υποψήφιος προς ασφάλιση ή κάποιο από τα εξαρτώμενα μέλη ασφαλισθεί σε άλλη Ασφαλιστική Εταιρία με παρόμοιες ίδιες ή παρόμοιες με αυτές του/των Ασφαλιστηρίου/ων μας στην Εταιρία, δηλώνουμε υπεύθυνα ότι θα ενημερώσουμε εγγράφως την Εταιρία.

Οι υπογράφοντες επίσης αποδέχονται ότι:

- α) Η Εταιρία έχει το δικαίωμα να απορρίψει την παρούσα αίτηση χωρίς υποχρέωση γνωστοποίησης των λόγων απόρριψης στον αιτούντα.
- β) Η Εταιρία έχει το δικαίωμα να δεχθεί την παρούσα αίτηση για ασφάλιση με διαφορετικούς όρους από τους αιτούμενους εάν εκτιμήσει τους σχετικούς κινδύνους ως μη συνηθισμένους χωρίς υποχρέωση αιτιολόγησης της απόφασής της.
- γ) Η ισχύς του Ασφαλιστηρίου θα αρχίσει μόνο μετά την παράδοσή του στον Συμβαλλόμενο και την πληρωμή του πρώτου ασφαλιστρού ή της πρώτης δόσης και εφόσον η κατάσταση της υγείας των υποψηφίων προς ασφάλιση και οι συνθήκες ασφαλισιμότητάς τους θα παραμένουν μέχρι την εξόφληση της πρώτης δόσης του ασφαλιστρού όπως έχουν δηλωθεί στην παρούσα αίτηση.

Δήλωση Συμβαλλόμενου

Δηλώνω ότι έλαβα από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή ενημερωτικό έντυπο της Εταιρίας σας με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 4, παρ. 3, περ. δ' του Ν.Δ. 400/70, όπως ισχύει.

Τόπος: _____

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή Ασφαλισμένου ή
κηδεμόνα του τέκνου προς ασφάλιση

Υπογραφή
Συμβαλλόμενου

Υπογραφή Συζύγου Ασφαλισμένου
(Εφόσον προτείνεται για ασφάλιση)

Έκθεση Διαμεσολαβητή

1. Πώς έγινε η προσέγγιση του υποψήφιου προς ασφάλιση; Σύσταση Συγγενής / Φίλος Άγνωστος
2. Γνωρίζετε προσωπικά τον/τους υποψήφιο/ους προς ασφάλιση; Ναι Όχι
3. Ο Συμβαλλόμενος είναι πελάτης άλλων Ασφαλιστικών Εταιριών Ζωής ή Ζημιών; Ναι Όχι
4. Έχετε πληροφορίες που μπορεί να επηρεάσουν την ασφαλισιμότητα του υποψήφιου προς ασφάλιση σχετικά με την υγεία, την κοινωνική υπόσταση ή την επαγγελματική τους κατάσταση;

5. Τα προϋπολογιζόμενα ασφαλιστρα υπερβαίνουν τα 1.000,00€; Ναι Όχι

Εάν ΝΑΙ, επισυνάπτεται φωτοαντίγραφο του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας (και των δύο όψεων) του Συμβαλλομένου.

Υπεύθυνη Δήλωση Διαμεσολαβητή

- A. Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις, αληθείς και ότι στην αίτηση αυτή έχουν καταγραφεί με ακρίβεια και υπογραφεί ενώπιόν 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.
- B. Δηλώνω επίσης ότι παρέδωσα στον Συμβαλλόμενο το ενημερωτικό έντυπο της Εταιρίας μας με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το Άρθρο 4, παρ. 3, περ. Δ' του Ν.Δ. 400/70, όπως ισχύει.

Τόπος: _____

Ημερομηνία: _____

Όνοματεπώνυμο Διαμεσολαβητή:

Υπογραφή: _____

Έλεγχος του Προϊσταμένου του Διαμεσολαβητή

Έχω διαβάσει και ελέγξει την ορθή συμπλήρωση της παρούσας αίτησης.

Τόπος: _____

Ημερομηνία: _____

Όνοματεπώνυμο Προϊσταμένου του Διαμεσολαβητή:

Υπογραφή: _____



Αρ. Αίτησης: _____

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ €

Καταβλήθηκε από τ _____ (Συμβαλλόμενο)
το ποσό των € ως προκαταβολή για την έκδοση ασφαλιστηρίου, σύμφωνα με την ταυτάρτιμη
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 Ασφαλιστρου

Συχνότητα Πληρωμής Ασφαλιστρου:

 Ετήσια Εξάμηνη Μηνιαία*

*μόνο μέσω πάγιας εντολής χρέωσης τραπεζικού
λογαριασμού ή μέσω πιστωτικής κάρτας

Τρόποι Πληρωμής Ασφαλιστρου:

Η Εταιρία παρέχει την δυνατότητα εξόφλησης του ασφαλιστρου σας με αυτόματη χρέωση της πιστωτικής σας κάρτας ή με πάγια εντολή στον τραπεζικό σας λογαριασμό, εφόσον η τράπεζα που επιλέγετε συμμετέχει στο διατραπεζικό σύστημα ΔΙΑΣ. Για να ενεργοποιήσετε τη δυνατότητα αυτή, παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα πιο κάτω πεδία:

 Α) Αυτόματη χρέωση της πιστωτικής κάρτας

Είδος πιστωτικής κάρτας:

 VISA MASTERCARD

Σε περίπτωση ετήσιας πληρωμής:

 12 Άτοκες δόσεις

Αριθ. πιστωτικής κάρτας: _____

Ημερ. Λήξης: _____

(Ο πελάτης αποδέχεται και αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενημερώνει την Εταιρία γραπτά, για κάθε αλλαγή στην περίοδο ισχύος της πιστωτικής κάρτας ή στον αριθμό αυτής).

 Β) Πάγια εντολή χρέωσης τραπεζικού λογαριασμού (απαιτείται η συμπλήρωση του συνημμένου εντύπου)

Επωνυμία Τράπεζας: _____

Αριθμός IBAN*: _____

* Παρέχεται η δυνατότητα αυτόματης πίστωσης του τραπεζικού σας λογαριασμού, συμπεριλαμβανομένης της καταβολής αποζημίωσης μέχρι 3.000,00 €



Πάγια Εντολή Χρέωσης Τραπεζικού Λογαριασμού / Πιστωτικής Κάρτας



Στοιχεία Δικαιούχου Τραπεζικού Λογαριασμού ή Κατόχου Πιστωτικής Κάρτας

	Όνοματεπώνυμο:			
	Όνομα πατρός:			
	Τηλ. Επικοινωνίας:		e-mail:	
	Τύπος Πιστοποιητικού:	Διαβατήριο: <input type="checkbox"/>	Δ.Α.Τ.: <input type="checkbox"/>	Αρ. Πιστοποιητικού: <input type="text"/>
	Ημ. Έκδοσης:		Εκδούσα Αρχή:	

Πιστωτική Κάρτα

Αρ. κάρτας:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Ημ. Λήξης:	<input type="text"/>
Πληρωμή:	Εφάπαξ: <input type="checkbox"/>		Σε 6 άτοκες δόσεις: <input type="checkbox"/>		Σε 12 άτοκες δόσεις: <input type="checkbox"/>				

Τραπεζικός Λογαριασμός

Επωνυμία τράπεζας:	<input type="text"/>
Αριθμός IBAN*:	<input type="text"/>

* Παρέχεται η δυνατότητα αυτόματης πίστωσης του τραπεζικού σας λογαριασμού, συμπεριλαμβανομένης της καταβολής αποζημίωσης μέχρι 3.000,00€

Για την πληρωμή του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου / Προσφοράς:

Δικαιολογητικά



Τα απαραίτητα πρωτότυπα δικαιολογητικά είναι:

- Ταυτότητα ή Διαβατήριο και
- Βιβλιário ή πρόσφατο αντίγραφο μηνιαίου τραπεζικού λογαριασμού (προαιρετικά)

ώστε να συμπληρωθούν τα στοιχεία του Δικαιούχου του Τραπεζικού λογαριασμού (Εντολέα).



Παρακαλείται ο εκπρόσωπος της Εταιρίας να υπενθυμίσει στον Εντολέα ότι απόκλιση των στοιχείων που εμφανίζονται από τα στοιχεία που τηρεί η Τράπεζα είναι δυνατόν να οδηγήσει σε απόρριψη της Εντολής από την Τράπεζα.

Όροι Εντολής Ανάθεσης Άμεσης Χρέωσης (Πάγιας Εντολής)



Ο υπογράφων την παρούσα πάγια εντολή ανάθεσης άμεσης χρέωσης, ως εντολέας και ως δικαιούχος ή συνδικαιούχος του τραπεζικού λογαριασμού καταθέσεων ή κάτοχος της πιστωτικής κάρτας, που έχω δηλώσει στα στοιχεία της αίτησης, αποδέχομαι ρητά και ανεπιφύλακτα τους εξής όρους:

1. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ αποδέχεται την εξόφληση των οφειλών ασφαλιστών, με αυτόματη χρέωση του αναγραφόμενου τραπεζικού λογαριασμού του ή της πιστωτικής κάρτας του, που διενεργείται μετά από εντολή της Εταιρίας και ο τραπεζικός λογαριασμός ή η πιστωτική κάρτα του ΕΝΤΟΛΕΑ θα χρεώνεται με το ποσό κάθε οφειλής ασφαλιστών και με τυχόν επιβάρυνση της συναλλαγής σύμφωνα με την εφαρμοζόμενη τιμολογιακή πολιτική της ΤΡΑΠΕΖΑΣ του ΕΝΤΟΛΕΑ.
2. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ διατηρεί το δικαίωμα να ανακαλέσει οποτεδήποτε την παρούσα πάγια εντολή. Η ανάκληση της πάγιας εντολής λογαριασμού υποβάλλεται από τον ΕΝΤΟΛΕΑ στην ΤΡΑΠΕΖΑ ή στην ΕΤΑΙΡΙΑ ενώ η ανάκληση της πιστωτικής κάρτας αποκλειστικά στην ΕΤΑΙΡΙΑ.

3. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ διατηρεί το δικαίωμα να αντικαταστήσει την παρούσα πάγια εντολή με νέα που θα εκδοθεί όπως η παρούσα. Με την αποδοχή της νέας πάγιας εντολής από την ΤΡΑΠΕΖΑ θεωρείται αυτόματα ανακληθείσα η παλαιότερη πάγια εντολή.
4. Η πάγια εντολή απευθύνεται στην Τράπεζα, διαβιβάζεται σε αυτήν από την Εταιρία μέσω του συστήματος DIASDEBIT και ενεργοποιείται μόνο μετά από έγκριση της ΤΡΑΠΕΖΑΣ.
5. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ αποδέχεται ανεπιφύλακτα τους όρους της ΤΡΑΠΕΖΑΣ για ανάθεση πάγιας εντολής για εξόφληση της οφειλής ασφαλιστρών με χρέωση του τραπεζικού λογαριασμού του ή της πιστωτικής του κάρτας.
6. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ ενημερώθηκε από την Εταιρία ότι είναι στις υποχρεώσεις του να ενημερώνεται από την Τράπεζά του για τυχόν χρεώσεις που αφορούν προμήθειες ή / και τραπεζικά δικαιώματα ή / και έξοδα ή / και τυχόν άλλες επιβαρύνσεις που βαρύνουν την εκτέλεση συναλλαγής πληρωμής ασφαλιστρών μέσω της πάγιας εντολής, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα τιμολογιακή πολιτική της ΤΡΑΠΕΖΑΣ του.
7. Ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ αναγνωρίζει την υποχρέωση να ενημερώνει γραπτά κάθε φορά που γίνεται οποιαδήποτε αλλαγή στα στοιχεία και στη διάρκεια ισχύος της πιστωτικής του κάρτας.
8. Με την υπογραφή της παρούσας ο ΕΝΤΟΛΕΑΣ αποδέχεται την πληρωμή ασφαλιστρών, χωρίς οποιαδήποτε επιβάρυνση, με την Πάγια Εντολή Χρέωσης της Πιστωτικής του Κάρτας (VISA, MASTERCARD) και με ελάχιστη μηνιαία δόση τα 15€.
9. Για τον ΕΝΤΟΛΕΑ που επιλέγει πληρωμή με Πιστωτική Κάρτα, η χρέωση θα πραγματοποιείται κατά την ημερομηνία έναρξης της ασφαλιστικής του κάλυψης. Ειδικά για τα ασφάλιστρα του αυτοκινήτου, η χρέωση θα γίνεται 10 ημέρες πριν την ημερομηνία ανανέωσης.
10. Η δυνατότητα πληρωμής μέσω της Πιστωτικής σας Κάρτας για συναλλαγές στο δίκτυο συναλλαγών εμπορικών επιχειρήσεων με άτοκες δόσεις, ορίζεται από την Τράπεζά σας.

Δήλωση Δικαιούχου (Εντολέα)



Δηλώνω ότι συναινώ, μετά από συμφωνία με τον Οφειλέτη, εφόσον αυτός είναι άλλο πρόσωπο, για την ενεργοποίηση της Πάγιας Εντολής Χρέωσης του Τραπεζικού Λογαριασμού / χρέωση Πιστωτικής μου Κάρτας, για την εξόφληση των οφειλών του ασφαλιστηρίου του Οφειλέτη προς την Εταιρία για το συγκεκριμένο κωδικό άμεσης χρέωσης που δηλώθηκε παραπάνω. Αποδέχομαι ρητά και ανεπιφύλακτα τους Όρους Εντολής Ανάθεσης Άμεσης Χρέωσης (Πάγια Εντολή Χρέωσης Τραπεζικού Λογαριασμού ή Πιστωτικής Κάρτας).

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου και συναίνεση για την επεξεργασία των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα, που περιλαμβάνονται στην παρούσα δήλωση από την Generali, τη ΔΙΑΣ Α.Ε. και την Τράπεζα, αποκλειστικά για τον σκοπό και εκπλήρωση της παρούσας πάγιας εντολής και σύμφωνα με την οικεία νομοθεσία.

Τόπος Εντολής:

Ημερομηνία Εντολής:

Υπογραφή Δικαιούχου Τραπεζικού Λογαριασμού / Κατόχου Πιστωτικής Κάρτας (Εντολέα): _____

Βεβαιώνω ότι ο Δικαιούχος του Τραπεζικού Λογαριασμού / Κάτοχος Πιστωτικής Κάρτας (Εντολέας) υπέγραψε ενώπιόν μου, αφού μου επέδειξε τα πρωτότυπα προαναφερόμενα έγγραφα.

Ημερομηνία:

Υπογραφή για την Εταιρία: _____