




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: <input type="text"/>
Φυσικό Πρόσωπο	
Συμβαλλόμενος	
Όνοματεπώνυμο: <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"/>	Α.Φ.Μ.: <input type="text"/>
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου: <input type="text"/>	Επάγγελμα: <input type="text"/>
Οδός: <input type="text"/>	Αριθμός: <input type="text"/>
Πόλη: <input type="text"/>	Τ.Κ.: <input type="text"/>
Τηλέφωνο: <input type="text"/>	Email: <input type="text"/>
Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο: <input type="text"/>	
Νομικό Πρόσωπο	
Επωνυμία: <input type="text"/>	
Ημερ. έναρξης Εταιρίας: <input type="text"/>	
Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο: <input type="text"/>	Α.Φ.Μ.: <input type="text"/>
Οδός: <input type="text"/>	Αριθμός: <input type="text"/>
Πόλη: <input type="text"/>	Τ.Κ.: <input type="text"/>
Τηλέφωνο: <input type="text"/>	Email: <input type="text"/>
Νόμιμος Εκπρόσωπος	
Όνοματεπώνυμο: <input type="text"/>	
Πατρώνυμο: <input type="text"/>	Ημ. Γέννησης: <input type="text"/>
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου: <input type="text"/>	Α.Φ.Μ.: <input type="text"/>
Τηλέφωνο: <input type="text"/>	Email: <input type="text"/>
Ασφαλισμένος	
Όνοματεπώνυμο: <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"/>	Α.Φ.Μ.: <input type="text"/>
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου: <input type="text"/>	Επάγγελμα: <input type="text"/>
Οδός: <input type="text"/>	Αριθμός: <input type="text"/>
Πόλη: <input type="text"/>	Τ.Κ.: <input type="text"/>
Τηλέφωνο: <input type="text"/>	Email: <input type="text"/>

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

Αλλαγή Συχνότητας Πληρωμής



Ετήσια:
Εξάμηνη:

Τρίμηνη:
Μηνιαία*: (*μόνο μέσω πάγιας εντολής χρέωσης τραπεζικού λογαριασμού ή μέσω πιστωτικής κάρτας)

Αλλαγή Στοιχείων Συμβαλλόμενου/ Ασφαλισμένου



Ποιον αφορά η αλλαγή;

Συμβαλλόμενο

Κυρίως Ασφαλισμένο

Σύζυγο

Παιδί

Εταιρία

Όνοματεπώνυμο/ Επωνυμία:

Πατρώνυμο: Ημ. Γέννησης:

Υπηκοότητα: Τόπος Γέννησης:

Οικογενειακή Κατάσταση: Α.Φ.Μ.:

Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:

Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο:

Οδός: Αριθμός:

Πόλη: Τ.Κ.:

Τηλέφωνο: Email:

Όνοματεπώνυμο/ Επωνυμία:

Πατρώνυμο: Ημ. Γέννησης:

Υπηκοότητα: Τόπος Γέννησης:

Οικογενειακή Κατάσταση: Α.Φ.Μ.:

Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:

Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο:

Οδός: Αριθμός:

Πόλη: Τ.Κ.:

Τηλέφωνο: Email:

Παρατηρήσεις:

Αλλαγή Επαγγέλματος



Σας ενημερώνω ότι από την (ημερομηνία): το επάγγελμά μου είναι:

Ασφαλίζομαι Άμεσα ή Έμμεσα στο ασφαλιστικό ταμείο:

Αλλαγή Συμβαλλόμενου



Σας ενημερώνω ότι στο εξής επιθυμώ ο Συμβαλλόμενος να είναι:

Στοιχεία νέου Συμβαλλόμενου

Άνδρας

Γυναίκα

Εταιρεία

Όνοματεπώνυμο/ Επωνυμία:

Πατρώνυμο:

Ημ. Γέννησης:

Υπηκοότητα:

Τόπος Γέννησης:

Οικογενειακή Κατάσταση:

Α.Φ.Μ.:

Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:

Επάγγελμα:

Οδός:

Αριθμός:

Πόλη:

Τ.Κ.:

Τηλέφωνο:

Email:

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

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.

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

Αλλαγή Δικαιούχων



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:

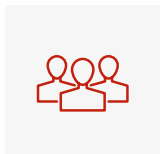
Ποιον αφορά; Κυρίως Ασφαλισμένο Σύζυγο

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 Προστατευόμενου Μέλους



Επιθυμώ την προσθήκη ή/ και αφαίρεση των παρακάτω προστατευόμενων μελών:

Συζύγος

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

Παιδί 1

Αγόρι Κορίτσι

Όνοματεπώνυμο:			
Πατρώνυμο:		Ημ. Γέννησης:	
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:		Α.Φ.Μ.:	
Email:			

Παιδί 2

Αγόρι Κορίτσι

Όνοματεπώνυμο:			
Πατρώνυμο:		Ημ. Γέννησης:	
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:		Α.Φ.Μ.:	
Email:			

Παιδί 3

Αγόρι Κορίτσι

Όνοματεπώνυμο:			
Πατρώνυμο:		Ημ. Γέννησης:	
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:		Α.Φ.Μ.:	
Email:			

Παιδί 4

Αγόρι Κορίτσι

Όνοματεπώνυμο:			
Πατρώνυμο:		Ημ. Γέννησης:	
Α.Δ.Τ./ Αρ. Διαβατηρίου:		Α.Φ.Μ.:	
Email:			

Παρατηρήσεις:

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

--

Προσθήκη/ Αφαίρεση Παροχών



Ποιον αφορά; Συμβαλλόμενο Κυρίως Ασφαλισμένο Σύζυγο Παιδί

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; Συμβαλλόμενο Κυρίως Ασφαλισμένο Σύζυγο Παιδί

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:

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 _____

Επισυνάπτω ερωτηματολόγιο υγείας όλων των Ασφαλισμένων

Αλλαγή Επενδυτικής Επιλογής



A) Επιθυμώ τη μεταβολή των ποσοστών επένδυσης ασφαλιστρου ανά Αμοιβαίο Κεφάλαιο του Λογαριασμού Επένδυσης του Ασφαλιστηρίου για μελλοντικές καταβολές, όπως αυτή περιγράφεται παρακάτω:

Αμοιβαία Κεφάλαια	Νέο Ποσοστό Επένδυσης (%)
<input type="checkbox"/> TRITON Growth Greek Equity	
<input type="checkbox"/> TRITON American Equity International	
<input type="checkbox"/> TRITON Balanced	
<input type="checkbox"/> TRITON Income Euro Bond Developed Countries	
<input type="checkbox"/> TRITON Money Market Euro	
<input type="checkbox"/> HGIF Euroland Equity	

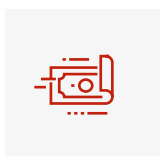
Παρατηρήσεις:

Β) Επιθυμώ την ανακατανομή της επένδυσης της αξίας του Λογαριασμού Επένδυσης όπως αυτή περιγράφεται παρακάτω:

Από	Πρός	Μεταφερόμενο Ποσό (€)
<input type="checkbox"/> TRITON Growth Greek Equity	<input type="checkbox"/> TRITON Growth Greek Equity	
<input type="checkbox"/> TRITON American Equity International	<input type="checkbox"/> TRITON American Equity International	
<input type="checkbox"/> TRITON Balanced	<input type="checkbox"/> TRITON Balanced	
<input type="checkbox"/> TRITON Income Euro Bond Developed Countries	<input type="checkbox"/> TRITON Income Euro Bond Developed Countries	
<input type="checkbox"/> TRITON Money Market Euro	<input type="checkbox"/> TRITON Money Market Euro	
<input type="checkbox"/> HGIF Euroland Equity	<input type="checkbox"/> HGIF Euroland Equity	

Παρατηρήσεις:

Έκτακτο Ασφάλιστρο

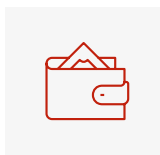


Σας ενημερώνω ότι για το Ασφαλιστήριό μου, καταθέτω Έκτακτο Ασφάλιστρο ποσού

Ημ. κατάθεσης:

Αμοιβαία Κεφάλαια (Μόνο για το Πρόγραμμα Maximizer)	Ποσοστό Επένδυσης Έκτακτου Ασφάλιστρου (%)
<input type="checkbox"/> TRITON Growth Greek Equity	
<input type="checkbox"/> TRITON American Equity International	
<input type="checkbox"/> TRITON Balanced	
<input type="checkbox"/> TRITON Income Euro Bond Developed Countries	
<input type="checkbox"/> TRITON Money Market Euro	
<input type="checkbox"/> GSF JP Morgan Global Macro Opportunities	

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/ συν - δικαιούχος

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

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:

Ηλία Ηλιού 35-37 & Πυθέου
117 43 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 άλλα προϊόντα 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, και για την καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης.

Η Generali δικαιούται να επεξεργαστεί τα Προσωπικά Δεδομένα σας για τη σύναψη και την εκτέλεση των συμβατικών όρων του ασφαλιστηρίου σας, εάν αυτό καταρτιστεί. Η επεξεργασία ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων σας, που αφορούν στην υγεία σας, γίνεται μόνο με τη ρητή συγκατάθεσή σας.

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 ταυτότητάς σας (ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, ΑΦΜ, 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.

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 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 τα τεχνικά τμήματα της έδρας 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 επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας (www.generaligr).

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 συγκατάθεσή σας.

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.

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. Η αίτηση άσκησης των δικαιωμάτων είναι δωρεάν, εκτός εάν το αίτημα είναι προφανώς αβάσιμο ή υπερβολικό.

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.



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.
 Συναίνω Δεν Συναίνω
- 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.
 Συναίνω Δεν Συναίνω
- 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.
 Συναίνω Δεν Συναίνω
- 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.
 Συναίνω Δεν Συναίνω
- Επεξεργαστεί τα προσωπικά σας δεδομένα για το σκοπό της συμμετοχής σας σε έρευνες αγοράς που αφορούν τη
 Συναίνω Δεν Συναίνω

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

Όνοματεπώνυμο:

Εταιρία:

Υπογραφή Ασφαλισμένου

Ημερομηνία

Υπογραφή