

Αριθμός Αίτησης:

Αριθμός Προσφοράς:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Αίτηση Ασφαλιστικής Κάλυψης

Personal *freedom*

Στοιχεία Συνεργάτη

Επώνυμο:

Το Ασφαλιστήριο αφορά επαγγελματική χρήση: Ναι Όχι

Κωδικός Συνεργάτη: _____ Υποκωδικός: _____

Όνομα:

Στοιχεία Συμβαλλόμενου - Λήπτη της Ασφάλισης

Άνδρας Γυναίκα Εταιρία

Επωνυμία:

Επώνυμο:

Σχέση ονόματος:

Ημερ. γέννησης:

A.M.K.A.:

Αριθμός IBAN*:

Όνομα:

Επάγγελμα:

Υπηκοότητα:

A.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατέρα:

Οικογενειακή κατάσταση:

A.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

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

Στοιχεία Ασφαλισμένου

Ο Ίδιος

Άνδρας Γυναίκα Εταιρία

Επωνυμία:

Επώνυμο:

Σχέση ονόματος:

Ημερ. γέννησης:

A.M.K.A.:

Αριθμός IBAN*:

Όνομα:

Επάγγελμα:

Υπηκοότητα:

A.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατέρα:

Οικογενειακή κατάσταση:

A.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

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

Διεύθυνση Αλληλογραφίας

Οδός:

Τηλ:

Αριθμός:

Fax:

T.K.:

e-mail:

Πόλη:

Διάρκεια Ασφάλισης Από 12:00 το μεσημέρι της:

μέχρι 12:00 το μεσημέρι της:

Εξαρτώμενα μέλη (Παρακαλούμε συμπληρώστε εάν προτείνονται για ασφάλιση)

Απαραίτητη προϋπόθεση ασφάλισης είναι ο ασφαλισμένος και ο/η σύζυγος, ως εξαρτώμενο μέλος, να μην έχουν υπερβεί το 60ο έτος ηλικίας κατά τη σύναψη της ασφάλισης, ενώ όριο λήξης της ασφάλισης ορίζεται το 70ο έτος της ηλικίας τους. Για τα άγαμα τέκνα που ασφαλιζονται ως εξαρτώμενα μέλη, η ηλικία τους ορίζεται από τριάντα (30) ημερών έως δεκαοχτώ (18) ετών, ή είκοσι πέντε (25) ετών εφόσον σπουδάζουν.

Στοιχεία Συζύγου

Άνδρας Γυναίκα
Επώνυμο:
Ημερ. γέννησης:
Α.Μ.Κ.Α.:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:
Όνομα:
Επάγγελμα:
Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____
Όνομα πατέρα:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Στοιχεία Τέκνων

Άνδρας Γυναίκα
Επώνυμο:
Ημερ. γέννησης:
Α.Μ.Κ.Α.:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:
Όνομα:
Επάγγελμα:
Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____
Όνομα πατέρα:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Άνδρας Γυναίκα
Επώνυμο:
Ημερ. γέννησης:
Α.Μ.Κ.Α.:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:
Όνομα:
Επάγγελμα:
Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____
Όνομα πατέρα:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Άνδρας Γυναίκα
Επώνυμο:
Ημερ. γέννησης:
Α.Μ.Κ.Α.:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:
Όνομα:
Επάγγελμα:
Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____
Όνομα πατέρα:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Δικαιούχοι (σε περίπτωση απώλειας ζωής)

Οι νόμιμοι κληρονόμοι: % Άλλοι δικαιούχοι

Στοιχεία Δικαιούχων

Άνδρας Γυναίκα Ποσοστό:
Επώνυμο:
Ημερ. γέννησης:
Α.Μ.Κ.Α.:

% Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:
Όνομα:
Επάγγελμα:
Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____
Όνομα πατέρα:
Σχέση:
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Άνδρας Γυναίκα Ποσοστό:
Επώνυμο:
Ημερ. γέννησης:
Α.Μ.Κ.Α.:

% Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:
Όνομα:
Επάγγελμα:
Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____
Όνομα πατέρα:
Σχέση:
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Άνδρας Γυναίκα Ποσοστό:
Επώνυμο:
Ημερ. γέννησης:
Α.Μ.Κ.Α.:

% Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:
Όνομα:
Επάγγελμα:
Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____
Όνομα πατέρα:
Σχέση:
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Άνδρας Γυναίκα Ποσοστό:
Επώνυμο:
Ημερ. γέννησης:
Α.Μ.Κ.Α.:

% Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:
Όνομα:
Επάγγελμα:
Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____
Όνομα πατέρα:
Σχέση:
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Ασφαλισμένοι Κίνδυνοι - Καλύψεις

Επιλέξτε το πρόγραμμα που επιθυμείτε:

		Ασφαλισμένο Κεφάλαιο			
		<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Α	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Β	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Γ	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Δ
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Θάνατος από ατύχημα • Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα • Μόνιμη Μερική Ανικανότητα % από ατύχημα 	150.000,00 €	120.000,00 €	90.000,00 €	60.000,00 €
	• Νοσοκομειακή περίθαλψη από ατύχημα*	14.000,00 €	12.000,00 €	10.000,00 €	8.000,00 €
	• Νοσοκομειακή περίθαλψη από ασθενεία*	1.400,00 €	1.200,00 €	1.000,00 €	800,00 €
	• Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη από ατύχημα	3.000,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €
	• Επείγουσα υγειονομιακή μεταφορά για νοσηλεία από ατύχημα ή ασθένεια	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €
	• Generali Call Center				
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Μακροχρόνια Οικογενειακή Εξασφάλιση (μηνιαία καταβολή λόγω θανάτου από ατύχημα, ή Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από ατύχημα) 	2.750,00 €	2.200,00 €	1.650,00 €	1.100,00 €
	Συνολική παροχή	165.000,00 €	132.000,00 €	99.000,00 €	66.000,00 €
	Συνολικά ετήσια ασφάλιστρα (μόνο για τον Ασφαλισμένο)	459,98 €	376,33 €	313,62 €	229,98 €
	Συνολικά ετήσια ασφάλιστρα (για Ασφαλισμένο & τον /την σύζυγο)	616,84 €	522,84 €	449,50 €	355,50 €
	Συνολικά ετήσια ασφάλιστρα (για κάθε τέκνο)	104,52 €	94,07 €	83,60 €	73,19 €

*(Αποζημίωση 80% των εξόδων ή 100% με χρήση άλλου φορέα. Η κάλυψη ισχύει για κάθε ασφαλιστικό έτος και για κάθε ασφαλισμένο άτομο).

Τα πιο πάνω αναφερόμενα ασφαλισμένα κεφάλαια σε όλα τα προγράμματα ισχύουν κατά ασφαλιστικό έτος και συνολικά για όλα τα ασφαλισμένα άτομα.

		Ασφαλισμένο Κεφάλαιο				
Καλύψεις*		<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Ε	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα ΣΤ	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Ζ	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Η	<input type="checkbox"/> Πρόγραμμα Θ
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Θάνατος από ατύχημα • Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα • Μόνιμη Μερική Ανικανότητα % από ατύχημα 	150.000,00 €	120.000,00 €	90.000,00 €	60.000,00 €	30.000,00 €
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Μακροχρόνια Οικογενειακή Εξασφάλιση (μηνιαία καταβολή λόγω θανάτου από ατύχημα ή Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από ατύχημα) 	2.750,00 €	2.200,00 €	1.650,00 €	1.100,00 €	550,00 €
	Συνολική παροχή	165.000,00 €	132.000,00 €	99.000,00 €	66.000,00 €	33.000,00 €
	Συνολικά ετήσια ασφάλιστρα (μόνο για τον Ασφαλισμένο)	313,62 €	261,36 €	188,18 €	125,45 €	94,09 €

*Η κάλυψη ισχύει κατά το ασφαλιστικό έτος μόνο για τον Ασφαλισμένο.

Πληρωμή Ασφαλίστρου

Συχνότητα Πληρωμής Ασφαλίστρου:

Ετήσια

Εξάμηνη

Τρόποι Πληρωμής Ασφαλίστρου:

Η Εταιρία παρέχει τη δυνατότητα εξόφλησης του ασφαλίστρου 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:

Ημ/νία 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:

Γ) Άλλοι τρόποι πληρωμής

Μέσω διαδικτύου (Web Banking)

Ταχυπληρωμή ΕΛΤΑ

Ηλεκτρονική πληρωμή (Phone Banking)

Καταβολή στα κεντρικά γραφεία της Εταιρίας

Πληρωμή σε ταμεία τραπεζών (ΔΙΑΣ)

Μέσω συνεργάτη της Εταιρίας

Καταβολή σε ΑΤΜ, εφόσον παρέχεται η δυνατότητα από την τράπεζα που συνεργάζεστε

Γενικές Πληροφορίες - Δηλώσεις Συμβαλλομένου / Ασφαλισμένου

1. Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια για τον ίδιο κίνδυνο σε ισχύ;

Ναι (επωνυμία ασφαλιστικής εταιρίας):

Όχι

2. Σας έχουν αρνηθεί ή ακυρώσει ασφαλιστήρια;

Ναι (επωνυμία ασφαλιστικής εταιρίας):
(είδος ασφαλιστηρίου):

Όχι
(χρονική περίοδος):

Με βάση τα στοιχεία που δήλωσα και τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους της Ασφάλισης που διάβασα και αποδέχομαι, παρακαλώ να προχωρήσετε στην έκδοση Ασφαλιστηρίου. Συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύσει μετά την αποδοχή της Αίτησής μου από την Εταιρία σας και με την προϋπόθεση ότι θα έχω καταβάλει εμπρόθεσμα το οφειλόμενο ασφάλιστρο. Την παρούσα Αίτηση ασφάλισης συμπλήρωσα μετά από λεπτομερή ανάγνωση γνωρίζοντας δε τις συνέπειες του νόμου για ψευδή ή πεπλανημένη δήλωση και για αποσιώπηση γνωστών συμβάντων που είναι ουσιώδη για τη σύναψη αυτής της ασφάλισης, δηλώνω ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις και πληροφορίες που περιέχονται στην Αίτηση αυτή είναι αληθείς, πλήρεις χωρίς παραλείψεις και μεταβολές, θα αποτελέσουν δε τη βάση για το Ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί και την αντιμετώπιση ασφαλιστικής περίπτωσης.

Η Αίτηση αυτή, μαζί με τις γραπτές συμπληρωματικές πληροφορίες, αλληλογραφία, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου. Οι παραπάνω δηλώσεις μου ισχύουν και για κάθε ανανέωση του Ασφαλιστηρίου και κάθε Πρόσθετη Πράξη, εκτός εάν τροποποιηθούν με έγγραφό μου, το περιεχόμενο του οποίου θα αποδεχθεί η Εταιρία. Συμφωνώ και αποδέχομαι όπως τα προσωπικά δεδομένα που περιέχονται στην παρούσα Αίτηση Ασφάλισης και γνωστοποιούνται στην Generali Hellas A.A.E., χορηγούνται με την συγκατάθεσή μου για να τα επεξεργασθεί η Generali Hellas A.A.E. αποκλειστικά με σκοπό την σύναψη και την λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης. Δηλώνω ότι μου παραδόθηκε από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή και παρέλαβα το ενημερωτικό έντυπο της Εταιρίας σας όπως προβλέπεται από το άρθρο 4 παρ.2περ.Η., Ν.Δ. 400/70 (όπως αυτό ισχύει) και τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους που αναφέρονται στους ασφαλιστικούς κινδύνους που επέλεξα.

Τόπος:

Ημερομηνία:

Υπογραφή
Συμβαλλόμενου / Ασφαλισμένου

Υπογραφή
Συζύγου

Υπογραφή
Συνεργάτη

Για Την Generali Hellas
Ανώνυμος Ασφαλιστική Εταιρία



Μέλος του Ομίλου Generali εγγεγραμμένη στο Μητρώο Ασφαλιστικών Ομίλων

Κεντρικά Γραφεία: Ηλία Ηλιού 35-37 & Πυθέου - 11743 Αθήνα - Τηλ: 18112 - Φαξ: 210 80 96 367 - www.generaligr

Κεντρικά Γραφεία Β. Ελλάδος: Κουντουριώτου 11 - 54625 Θεσσαλονίκη - Τηλ.: 18112 - Φαξ: 2310 552 282