

Παρακαλούμε να εξηγήσετε με λεπτομέρειες εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ σε κάποια από τις ερωτήσεις B1 έως B9 καθώς επίσης εάν έχετε απαντήσει ΟΧΙ στην B10

Παρακαλούμε να γράψετε το όνομα και τη διεύθυνση του ιατρού σας και το όνομα του νοσοκομείου όπου νοσηλεύτηκατε τα τελευταία 5 χρόνια .

- Γ1. Έχετε λάβει ποτέ από οποιαδήποτε ασφαλιστικό φορέα οποιοδήποτε ποσό για μόνιμη ανικανότητα συνέπεια ατυχήματος ή ασθένειας ;
- Γ2. Είσαστε ήδη ασφαλισμένος με άλλο ατομικό ή ομαδικό συμβόλαιο στην GENERALI HELLAS A.A.E.;
- Γ3. Είσαστε ασφαλισμένος με άλλο ατομικό ή ομαδικό συμβόλαιο σε άλλη ασφαλιστική εταιρία; Εάν ΝΑΙ αναφέρατε όνομα εταιρείας

ΝΑΙ	☐	ΟΧΙ	☐
ΝΑΙ	☐	ΟΧΙ	☐
ΝΑΙ	☐	ΟΧΙ	☐

Δηλώσεις Ασφαλισμένου – Ενημέρωση για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Δηλώνω ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις, πληροφορίες και απαντήσεις μου που περιέχονται στο παρόν ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ που έχω υπογράψει και με αφορούν ή αφορούν το ανήλικο προστατευόμενο μέλος μου, είναι αληθείς, πλήρεις, χωρίς παραλείψεις και χωρίς μεταβολή από τη ημέρα υποβολής του στη Generali Hellas A.A.E. και δέχομαι να αποτελέσουν τη βάση για την συμμετοχή μου ή τη συμμετοχή του ανήλικου προστατευόμενου μέλους μου στο ανωτέρω Ομαδικό Ασφαλιστήριο, καθώς και για την αντιμετώπιση ασφαλιστικής περίπτωσης.

Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι ψευδής δήλωσή μου, αποσιώπηση γνωστών σε εμένα περιστατικών που είναι ουσιώδη για την σύναψη αυτής της ασφάλισης και ειδικότερα για την κατάσταση της υγείας μου ή της υγείας του ανήλικου προστατευόμενου μέλους μου και της σωματικής μου ακεραιότητας ή της σωματικής ακεραιότητας του ανήλικου προστατευόμενου μέλους μου, αποτελούν ουσιώδη λόγο ακύρωσης της ασφάλισης. 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 Generali Hellas A.A.E.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει το περιεχόμενο της Δήλωσης Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων της Generali Hellas A.A.E. που μου παραδόθηκε κατά την αίτηση συμμετοχής μου στο ανωτέρω Ομαδικό Ασφαλιστήριο και ότι έχω δώσει τη συναίνεσή μου για την επεξεργασία των δεδομένων υγείας που με αφορούν ή αφορούν το ανήλικο προστατευόμενο μέλος μου, για τους σκοπούς της ένταξής μου στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο, της διαχείρισης της λειτουργίας αυτού και των υποχρεώσεων που προκύπτουν εξ αυτού.

Ημερομηνία :

.....

Υπογραφή ασφαλισμένου

.....