

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΕΡΓΟΔΟΤΗ) :

I. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΚΩΔΙΚΟΣ (ΑΡ.ΜΗΤΡΟΥ): ΗΜΕΡ. ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ:
ΜΙΣΘΟΣ: ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟ:
Α.Φ.Μ.: Δ.Ο.Υ.:

ΑΓΑΜΟΣ: ΕΓΓΑΜΟΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΓΓΑΜΟΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ:

II. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ (Συμπληρώνεται μόνο αν προβλέπεται ασφάλιση εξαρτωμένων μελών)

Εξαρτώμενα μέλη που δικαιούνται να ασφαλιστούν για τις καλύψεις ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ή ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, θεωρούνται οι σύζυγοι (άνδρες ή γυναίκες) που δεν βρίσκονται σε διάζευξη ή νόμιμη διάσταση καθώς και τα ανύπαντρα παιδιά που δεν εργάζονται. Τα όρια ηλικίας ασφάλισης των εξαρτωμένων μελών αναφέρονται στο ανωτέρω Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.

ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ
(αν η απάντησή σας είναι ΝΑΙ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία)

α) ΣΥΖΥΓΟΣ: ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

β) ΠΑΙΔΙΑ:	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
1.			4.	
2.			5.	
3.			6.	

(Για όσα παιδιά είναι πάνω από 18 ετών και σπουδάζουν, είναι απαραίτητη η προσκόμιση σχετικής βεβαίωσης της Σχολής)

III. ΚΟΣΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Το κόστος ασφάλισης υπολογίζεται σύμφωνα με τις τιμές ασφαλιστρών που έχουν συμφωνηθεί μεταξύ Συμβλλομένων μερών και αναφέρονται στο σχετικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.

IV. ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Με τη δήλωσή μου αυτή, ορίζω δικαιούχους του ποσού που προβλέπεται να καταβληθεί σε περίπτωση θανάτου μου ή οποιουδήποτε δικαιούμενου ποσού που τυχόν δεν θα έχω εισπράξει πριν το θάνατό μου, από την ασφάλισή μου στο ανωτέρω Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, τα παρακάτω πρόσωπα:

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ % ΜΕΡΙΔΙΟΥ
1.				
2.				
3.				
4.				

ΣΥΝΟΛΟ: 100%

1/2

V. ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΕ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ

Ο κατωτέρω υπογράφων Ασφαλιζόμενος εξουσιοδοτώ την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» όπως καταθέτει στον μισθοδοτικό τραπεζικό λογαριασμό μου τις αποζημιώσεις που προκύπτουν από την εφαρμογή των όρων του ανωτέρω Ομαδικού Ασφαλιστήριου Συμβολαίου.

Ημερομηνία/...../20.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ
ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Ο/Η ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝ.....
ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....

ΔΗΛΩΣΕΙΣ – ΣΥΝΑΙΝΕΣΕΙΣ-ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΕΙΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Δηλώνω ότι:

- ενημερώθηκα ρητώς για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που πραγματοποιεί η εταιρία «ΑΕΕΓΑ Η ΕΘΝΙΚΗ»
- έλαβα γνώση για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων μου
- αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των δεδομένων μου είναι απολύτως αναγκαία για τη λειτουργία της ασφάλισης και ότι η τυχόν ανάκληση της συγκατάθεσής μου στο μέλλον θα έχει ως συνέπεια τη μη δυνατότητα εκ μέρους της εταιρίας παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών
- παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην παραπάνω εταιρία για επεξεργασία των δεδομένων μου και την επεξεργασία των δεδομένων των εξαρτώμενων μελών

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

Ενημερώθηκα ρητώς, ότι υπό την προϋπόθεση της κατωτέρω ειδικής ρητής συναίνεσής μου θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Εταιρίας ή των εταιριών στον Όμιλο στον οποίο ανήκει ή για σκοπούς έρευνας σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εκ μέρους της.

Για την επίτευξη του ως άνω σκοπού ενδέχεται να διαβιβαστούν δεδομένα μου σε συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών. Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα ειδική συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή ή να εναντιωθώ στην επεξεργασία των δεδομένων μου μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην Εταιρία ως ορίζεται ανωτέρω.

- 1) Ο Ασφαλισμένος: ΣΥΝΑΙΝΩ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ
- 2) Ο Ασφαλισμένος: ΣΥΝΑΙΝΩ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Οι κατωτέρω υπογράφοντες διάβασαν με προσοχή την παρούσα Ενημέρωση και τις Δηλώσεις Συναίνεσης για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και τις αποδέχονται

Ημερομηνία Τόπος υπογραφής

A) Υπογραφή Ασφαλισμένου/ων ή εξαρτώμενου/ων μέλους/μελών

1) Ονοματεπώνυμο

2) Ονοματεπώνυμο

3) Ονοματεπώνυμο

4) Ονοματεπώνυμο

5) Ονοματεπώνυμο

B) (Για ανήλικο) Υπογράφουν οι έχοντες τη γονική μέριμνα του ασφαλισμένου/εξαρτώμενου μέλους.

Ονοματεπώνυμο ανηλίκου/ων 1) 2)

Υπογραφή 1) Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή 2) Ονοματεπώνυμο

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΕΡΓΟΔΟΤΗ) : ΕΚΑΒ

I. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΤΣΑΤΣΑΝΗΣ ΟΝΟΜΑ: ΝΙΚΟΛΑΟΣ
 ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ΕΞΑΚ-ΚΟΣ ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 20-7-65
 ΚΩΔΙΚΟΣ (ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ): _____ ΗΜΕΡ. ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ: 20-7-85
 ΜΙΣΘΟΣ: _____ ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟ: _____
 Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ.: _____

ΑΓΑΜΟΣ: ΕΓΓΑΜΟΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΓΓΑΜΟΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ:

II. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

(Συμπληρώνεται μόνο αν προβλέπεται ασφάλιση εξαρτημένων μελών)

Εξαρτώμενα μέλη που δικαιούνται να ασφαλιστούν για τις καλύψεις ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ή ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, θεωρούνται οι σύζυγοι (άνδρες ή γυναίκες) που δεν βρίσκονται σε διάζευξη ή νόμιμη διάσταση καθώς και τα ανύπαντρα παιδιά που δεν εργάζονται. Τα όρια ηλικίας ασφάλισης των εξαρτημένων μελών αναφέρονται στο ανωτέρω Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.

ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

(αν η απάντησή σας είναι ΝΑΙ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία)

α) ΣΥΖΥΓΟΣ: ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

β) ΠΑΙΔΙΑ:	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
1				
2				
3				

(Για όσα παιδιά είναι πάνω από 18 ετών και σπουδάζουν, είναι απαραίτητη η προσκόμιση σχετικής βεβαίωσης της Σχολής)

III. ΚΟΣΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Το κόστος ασφάλισης υπολογίζεται σύμφωνα με τις τιμές ασφαλιστρών που έχουν συμφωνηθεί μεταξύ Συμβαλλομένων μερών και αναφέρονται στο σχετικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.

IV. ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Με τη δήλωσή μου αυτή, ορίζω δικαιούχους του ποσού που προβλέπεται να καταβληθεί σε περίπτωση θανάτου μου ή οποιουδήποτε δικαιούμενου ποσού που τυχόν δεν θα έχω εισπράξει πριν το θάνατό μου, από την ασφάλισή μου στο ανωτέρω Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, τα παρακάτω πρόσωπα:

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ % ΜΕΡΙΔΙΟΥ
1	ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΙΟΥ			
2	ΟΝΟΜΑ ΠΡΕΤΟΥ ΤΕ ΚΝΟΥ			
3	ΟΝΟΜΑ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΤΕ ΚΝΟΥ			
4				

ΣΥΝΟΛΟ: 100%

ΕΑΝ ΔΕΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΤΟ
ΑΝΩΤΕΡΩ, ΝΟΜΙΜΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ
ΓΙΝΑΙ ΟΣΟΙ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ
ΤΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ.

ΣΧΕΔΙΟ ΕΓΓΡΑΦΟΥ

ΔΗΛΩΣΕΙΣ – ΣΥΝΑΙΝΕΣΕΙΣ-ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΕΙΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Δηλώνω ότι:

- ενημερώθηκα ρητώς για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που πραγματοποιεί η εταιρία «ΑΕΕΓΑ Η ΕΘΝΙΚΗ»
- έλαβα γνώση για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων μου
- αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των δεδομένων μου είναι απολύτως αναγκαία για τη λειτουργία της ασφάλισης και ότι η τυχόν ανάκληση της συγκατάθεσής μου στο μέλλον θα έχει ως συνέπεια τη μη δυνατότητα εκ μέρους της εταιρίας παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών
- παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην παραπάνω εταιρία για επεξεργασία των δεδομένων μου και την επεξεργασία των δεδομένων των εξαρτώμενων μελών

ΕΙΔΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ/ΠΡΟΩΘΗΤΙΚΟΥΣ/ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ

Ενημερώθηκα ρητώς, ότι υπό την προϋπόθεση της κατωτέρω ειδικής ρητής συναίνεσής μου θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Εταιρίας ή των εταιριών στον Όμιλο στον οποίο ανήκει ή για σκοπούς έρευνας σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εκ μέρους της.

Για την επίτευξη του ως άνω σκοπού ενδέχεται να διαβιβαστούν δεδομένα μου σε συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών. Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα ειδική συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή ή να εναντιωθώ στην επεξεργασία των δεδομένων μου μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην Εταιρία ως ορίζεται ανωτέρω.

- 1) Ο Ασφαλισμένος: ΣΥΝΑΙΝΩ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ
2) Ο Ασφαλισμένος: ΣΥΝΑΙΝΩ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

Οι κατωτέρω υπογράφωντες διάβασαν με προσοχή την παρούσα Ενημέρωση και τις Δηλώσεις Συναίνεσης για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και τις αποδέχονται

Ημερομηνία 02/11/2017 Τόπος υπογραφής ΑΘΗΝΑ

Α) Υπογραφή Ασφαλισμένου/ων ή εξαρτώμενου/ων μέλους/μελών

1) Μ. Κ. ΤΣΑΤΣΑΜΗ Ονοματεπώνυμο

2) Ονοματεπώνυμο

3) Ονοματεπώνυμο

4) Ονοματεπώνυμο

5) Ονοματεπώνυμο

Β) (Για ανήλικο) Υπογράφουν οι έχοντες τη γονική μέριμνα του ασφαλισμένου/εξαρτώμενου μέλους.

Ονοματεπώνυμο ανηλ(κου/ων 1) 2)

Υπογραφή 1) Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή 2) Ονοματεπώνυμο