

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ
«ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ALPHA BANK » ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: GL/ 501390-9

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο:	<input type="text"/>
Ημ. γέννησης:	<input type="text"/>
Φύλο:	<input type="text"/>
Τηλέφωνο (κινητό):	<input type="text"/>
Α.Φ.Μ.:	<input type="text"/>
Λογαριασμός (IBAN):	<input type="text"/>

Αφορά το λογαριασμό της πάγιας εντολής για είσπραξη μηνιαίων ασφαλίσεων και κατάθεση αποζημιώσεων.

2. ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΦΥΛΟ	ΗΜ. ΕΝΤΑΞΗΣ
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

3. ΙΣΧΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η ισχύς της ασφάλισης στο πρόγραμμα θα ξεκινήσει την 1^η κάθε επόμενου μήνα κατόπιν εντολής του Συμβαλλόμενου.

4. ΔΗΛΩΣΕΙΣ

- Με την παρούσα δηλώνω ότι η είσπραξη των ασφαλίσεων θα γίνεται μόνο μέσω πάγιας εντολής στην ALPHA BANK από το δηλούμενο λογαριασμό. Να συνοδεύεται με την πάγια εντολή και η είσπραξη θα πραγματοποιείτε είτε κάθε 30 του μηνός είτε την τελευταία εργάσιμη του μήνα.
- Με την αίτηση αυτή εξουσιοδοτώ κάθε νόμιμο εκπρόσωπο της Εταιρείας ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΕ καθώς και συνεργαζόμενο γιατρό και πάροχο υγείας να συλλέγει ιατρικές πληροφορίες. Αυτοί μπορούν επίσης να κατέχουν τώρα ή να αποκτήσουν στο μέλλον πληροφορίες σχετικές με την κατάσταση της υγείας μου και της υγείας των μελών της οικογένειάς μου που ασφαλίζονται στο ασφαλιστήριο, να τις αναφέρουν στην ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε. για όσο χρονικό διάστημα εγώ ή τα υπόλοιπα μέλη έχουμε αξίωση καταβολής αποζημίωσης από οποιαδήποτε κάλυψη του ασφαλιστηρίου.
- Η Εταιρεία θα τηρεί σε αρχείο στα γραφεία της, θα επεξεργάζεται και θα διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα σε άλλα τμήματα και φυσικά πρόσωπα της ίδιας Εταιρείας, σε συνεργαζόμενες εταιρείες ή σε όποιον άλλο αποδέκτη εκ του νόμου απαιτείται, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης.
- Το ενημερωτικό έντυπο του προγράμματος θα είναι τυπωμένο μόνο στην ελληνική γλώσσα, το εφαρμοστέο Δίκαιο θα είναι μόνο το ελληνικό και τα αρμόδια Δικαστήρια για την επίλυση οποιασδήποτε διαφοράς θα είναι τα δικαστήρια της Αθήνας, που αποτελεί έδρα της ΑΧΑ Ασφαλιστικής Α.Ε.
- Δικαιούχοι του ασφαλισματος σε περίπτωση θανάτου του κυρίως ασφαλισμένου ορίζονται οι νόμιμοι κληρονόμοι.
- Για περισσότερες πληροφορίες: www.sab.gr

Ημερομηνία

Ο/Η δηλών/ούσα