

Αίτηση Μετατροπής/Επαναφοράς NN Orange Cross

Μετατροπή

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Αλλαγή συμβαλλόμενου | <input type="radio"/> Αλλαγή προγράμματος (πακέτο/θέση νοσηλείας) | <input type="radio"/> Αλλαγή συχνότητας καταβολής ασφαλιστρών |
| <input type="radio"/> Αλλαγή στοιχείων/στοιχείων επικοινωνίας | <input type="radio"/> Αλλαγή τρόπου καταβολής ασφαλιστρών | |
| <input type="radio"/> Προσθήκη εξωνοσοκομειακής κάλυψης | <input type="radio"/> Διαγραφή εξωνοσοκομειακής κάλυψης | <input type="radio"/> Αλλαγή εξωνοσοκομειακής κάλυψης |
| <input type="radio"/> Προσθήκη Προσωπικού Ατυχήματος | <input type="radio"/> Αφαίρεση Προσωπικού Ατυχήματος | |
| <input type="radio"/> Αλλαγή Δικαιούχων Προσωπικού Ατυχήματος | <input type="radio"/> Αλλαγή Ασφαλισμένου Κεφαλαίου Προσωπικού Ατυχήματος | |
| <input type="radio"/> Προσθήκη NN MediPlan | <input type="radio"/> Αφαίρεση NN MediPlan | <input type="radio"/> Αλλαγή κάλυψης NN MediPlan |
| <input type="radio"/> Προσθήκη NN ExtraMed | <input type="radio"/> Αφαίρεση NN ExtraMed | <input type="radio"/> Αλλαγή κάλυψης NN ExtraMed |
| <input type="radio"/> Αλλαγή Ασφαλισμένου Κεφαλαίου NN ExtraMed | | |

Επαναφορά (Εντός 30 ημερών από την ημερομηνία ακύρωσης)

- Επαναφορά ασφαλιστηρίου

Στοιχεία Συμβαλλόμενου

Κωδικός Πελάτη (Συμπληρώνεται από την εταιρία)	_____	
Επώνυμο/Επωνυμία Εταιρίας	_____	Όνομα _____
Όνομα Πατρός	_____	Φύλο <input type="radio"/> Άνδρας <input type="radio"/> Γυναίκα
Ημερομηνία Γέννησης	_____	Αρ. Ταυτότητας _____
Τύπος Ταυτότητας	<input type="radio"/> Αστυνομική <input type="radio"/> Διαβατήριο <input type="radio"/> Άλλο	_____
Α.Φ.Μ.	_____	Υπηκοότητα/Εθνικότητα _____
Κύριο Επάγγελμα	_____	Περιγραφή Κύριου Επαγγέλματος _____
Δευτερεύον Επάγγελμα	_____	Περιγραφή Δευτ. Επαγγέλματος _____
Χώρα Γέννησης	_____	Κινητό Τηλέφωνο* _____

Επικοινωνία

E-mail * Συμβαλλόμενου _____

Κατοικία	Οδός/Αριθμός	_____
	Πόλη/Συνοικία	_____
	Ταχ. Κώδικας	_____
	Σταθερό	_____

Εργασία	Οδός/Αριθμός	_____
	Πόλη/Συνοικία	_____
	Ταχ. Κώδικας	_____
	Σταθερό/Κινητό	_____

*Να συμπληρώνεται υποχρεωτικά.

Τρόπος και Συχνότητα Καταβολής Ασφαλίσεων

ΕΛΤΑ/Συνεργαζόμενες τράπεζες

Τρίμηνο

Εξάμηνο

Έτος

Πάγια Εντολή

Μήνας

Τρίμηνο

Εξάμηνο

Έτος

(Να συμπληρώνεται το αντίστοιχο έντυπο πάγιας εντολής χρέωσης τραπεζικού λογαριασμού/εξόφλησης ασφαλίσεων)

Στοιχεία Ασφαλισμένου

Κωδικός Πελάτη (Συμπληρώνεται από την εταιρία)	<input type="text"/>	
Επώνυμο	<input type="text"/>	Όνομα <input type="text"/>
Όνομα Πατρός	<input type="text"/>	Φύλο <input type="radio"/> Άνδρας <input type="radio"/> Γυναίκα
Ημερομηνία Γέννησης	<input type="text"/>	Αρ. Ταυτότητας <input type="text"/>
Τύπος Ταυτότητας	<input type="radio"/> Αστυνομική <input type="radio"/> Διαβατήριο <input type="radio"/> Άλλο	<input type="text"/>
A.Φ.Μ.	<input type="text"/>	Υπηκοότητα/Εθνικότητα <input type="text"/>
Κύριο Επάγγελμα	<input type="text"/>	Περιγραφή Κύριου Επαγγέλματος <input type="text"/>
Δευτερεύον Επάγγελμα	<input type="text"/>	Περιγραφή Δευτ. Επαγγέλματος <input type="text"/>
Χώρα Γέννησης	<input type="text"/>	Κινητό Τηλέφωνο* <input type="text"/> *Να συμπληρώνεται υποχρεωτικά.
Κατοικία: Οδός/Αριθμός	<input type="text"/>	Πόλη/Τ.Κ. <input type="text"/>
A.M.K.A.	<input type="text"/>	E-mail <input type="text"/>
Σχέση με Συμβαλλόμενο	<input type="text"/>	

Νοσοκομειακό Πρόγραμμα NN Orange Cross

Επιτρέπεται μόνο μία επιλογή πακέτου και θέσης νοσηλείας.

Επιλογή Πακέτου

NN Orange Cross Plus
Χωρίς εκπιπτόμενο ετησίως

NN Orange Cross 1
Συμμετοχικό πακέτο

NN Orange Cross 2
€1.500 εκπιπτόμενο ετησίως

NN Orange Cross 3
€3.000 εκπιπτόμενο ετησίως

NN Orange Cross 4
€10.000 εκπιπτόμενο ετησίως

Επιλογή Θέσης Νοσηλείας

B A LUX

Επιλογή Εξωνοσοκομειακού

Προαιρετική επιλογή

(ORP1) Βιοϊατρική

(ORP2) Affidea

Επιλογή Προσωπικού Ατυχήματος

Προαιρετική επιλογή

(ADL4)

Ασφαλιζόμενο κεφάλαιο

(Το ποσό να είναι πολλαπλάσιο των €5.000 και μεταξύ €20.000 - €150.000)

Επιλογή NN MediPlan

Προαιρετική επιλογή

Επιτρέπεται μόνο μία επιλογή

(MDP1) NN MediPlan 500

(MDP2) NN MediPlan 1.000

(MDP3) NN MediPlan 1.500

(MDP4) NN MediPlan 2.000

(MDP5) NN MediPlan 2.500

Επιλογή NN ExtraMed

Προαιρετική επιλογή

(EXT1) NN ExtraMed 7

Ασφαλιζόμενο κεφάλαιο

(Το ελάχιστο ποσό να είναι €10.000)

(EXT2) NN ExtraMed 31

Ασφαλιζόμενο κεφάλαιο

(Το ελάχιστο ποσό να είναι €10.000)

Δικαιούχοι Κάλυψης Προσωπικού Ατυχήματος

	Δικαιούχος 1	Δικαιούχος 2	Δικαιούχος 3
Κωδικός Πελάτη (Συμπληρώνεται από την εταιρία)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Κύριος/Υποκατάστατος	<input type="radio"/> Κ <input type="radio"/> Υ <input type="text"/> %	<input type="radio"/> Κ <input type="radio"/> Υ <input type="text"/> %	<input type="radio"/> Κ <input type="radio"/> Υ <input type="text"/> %
Επώνυμο/Επωνυμία Εταιρίας	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Όνομα	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Όνομα Πατρός	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Φύλο	<input type="radio"/> Άνδρας <input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας <input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας <input type="radio"/> Γυναίκα
Ημερομηνία Γέννησης	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Τύπος Α.Φ.Μ.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Α.Φ.Μ.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Σχέση με Ασφαλισμένο	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Δικαιούχος 4	Δικαιούχος 5	Δικαιούχος 6
Κωδικός Πελάτη (Συμπληρώνεται από την εταιρία)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Κύριος/Υποκατάστατος	<input type="radio"/> Κ <input type="radio"/> Υ <input type="text"/> %	<input type="radio"/> Κ <input type="radio"/> Υ <input type="text"/> %	<input type="radio"/> Κ <input type="radio"/> Υ <input type="text"/> %
Επώνυμο/Επωνυμία Εταιρίας	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Όνομα	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Όνομα Πατρός	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Φύλο	<input type="radio"/> Άνδρας <input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας <input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας <input type="radio"/> Γυναίκα
Ημερομηνία Γέννησης	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Τύπος Α.Φ.Μ.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Α.Φ.Μ.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Σχέση με Ασφαλισμένο	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Δικαιούχος 7	Δικαιούχος 8	Δικαιούχος 9
Κωδικός Πελάτη (Συμπληρώνεται από την εταιρία)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Κύριος/Υποκατάστατος	<input type="radio"/> Κ <input type="radio"/> Υ <input type="text"/> %	<input type="radio"/> Κ <input type="radio"/> Υ <input type="text"/> %	<input type="radio"/> Κ <input type="radio"/> Υ <input type="text"/> %
Επώνυμο/Επωνυμία Εταιρίας	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Όνομα	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Όνομα Πατρός	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Φύλο	<input type="radio"/> Άνδρας <input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας <input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας <input type="radio"/> Γυναίκα
Ημερομηνία Γέννησης	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Τύπος Α.Φ.Μ.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Α.Φ.Μ.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Σχέση με Ασφαλισμένο	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Αίτηση - Δήλωση Συμβαλλόμενου για Επαναφορά Ασφαλιστηρίου

Με την παρούσα αίτηση ζητώ την επαναφορά σε ισχύ του υπ' αριθμ. _____ ασφαλιστηρίου υγείας NN Orange Cross, στο οποίο είμαι συμβαλλόμενος, με ασφαλισμένο τον/την _____.

Το ως άνω ασφαλιστήριο ακυρώθηκε με δική μου ευθύνη λόγω μη έγκαιρης καταβολής ληξιπρόθεσμου ασφαλίστρου.

Επίσης, σας δηλώνω ότι κατέβαλα το οφειλόμενο ασφάλιστρο στις _____.

Παρατηρήσεις/Ιδιαίτερα Αιτήματα

Τρόπος Καταβολής Αξιώσεων μέσω IBAN

Εξουσιοδοτώ την NN Ελληνική Μονοπρόσωπη Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία Ζωής να πιστώνει τον παρακάτω τραπεζικό λογαριασμό (στον οποίο είμαι δικαιούχος ή συνδικαιούχος) με οποιοδήποτε ποσό εκάστοτε δικαιούμαι, σύμφωνα με τους όρους α) του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί δυνάμει της παρούσας αίτησης, καθώς και β) οποιοδήποτε άλλου εν ισχύ ασφαλιστηρίου μου με την NN Ελληνική Μονοπρόσωπη Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία Ζωής.

Αρ. Λογαριασμού Ασφαλισμένου: _____

Τράπεζα _____

Αρ. Λογαριασμού Συμβαλλόμενου: _____

Τράπεζα _____

Η εξόφληση των ασφαλίστρων γίνεται απευθείας στην εταιρία. Οι αποδεκτοί και έγκυροι τρόποι πληρωμής αναφέρονται στην ιστοσελίδα της εταιρίας. Οποιαδήποτε καταβολή ασφαλίστρων με οποιονδήποτε τρόπο ή σε οποιοδήποτε άλλο φυσικό ή νομικό πρόσωπο δεν αναγνωρίζεται από την εταιρία και δε θεωρείται εξόφληση.

Βεβαιώνω ότι όλα τα παραπάνω είναι αληθή και πλήρη και αποδέχομαι δε βάσει αυτών να μετατραπεί/επαναφερθεί σε ισχύ το ασφαλιστήριό μου. Η μετατροπή/επαναφορά του ασφαλιστηρίου θα ισχύει από την έκδοση και παράδοση του σχετικού περιγράμματος ασφάλισης, εφόσον έχει εξοφληθεί το οφειλόμενο ασφάλιστρο και ο ασφαλισμένος είναι την ημέρα της κατάθεσης της αίτησης μετατροπής/επαναφοράς ασφαλισμένος για το αιτούμενο είδος, ποσό και παροχές ασφάλισης με κανονικά ασφάλιστρα, η δε κατάσταση της υγείας, καθώς και οι λοιπές συνθήκες οι οποίες επηρεάζουν το ασφάλιστρό του, παραμένουν όπως δηλώθηκαν στην παρούσα αίτηση και όλες οι τυχόν απαιτούμενες ιατρικές εξετάσεις έχουν γίνει από τους ιατρούς της εταιρίας.

Επίσης, σε περίπτωση επαναφοράς ασφαλιστηρίου, αποδέχομαι ότι η εταιρία δεν θα παρέχει ασφαλιστική κάλυψη για ιατρικά περιστατικά που έλαβαν χώρα στο χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την ημερομηνία που το ασφάλιστρο κατέστη ληξιπρόθεσμο και εν συνεχεία ακυρώθηκε λόγω μη πληρωμής του, έως την επαναφορά του σε ισχύ δυνάμει της παρούσας αίτησης.

Δήλωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων

Εισαγωγή:

Η εταιρία με την επωνυμία “ΝΝ Ελληνική Μονοπρόσωπη Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία Ζωής” και το διακριτικό τίτλο NN Hellas, που εδρεύει επί της Λεωφ. Συγγρού 198, Καλλιθέα (στο εξής και χάριν συντομίας: «NN Hellas» ή «Εταιρία»), είναι υπεύθυνη για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων στο πλαίσιο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κατηγορίες προσωπικών δεδομένων που συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε:

Η συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων γίνεται από τους αρμόδιους, εξουσιοδοτημένους υπαλλήλους/συνεργάτες της Εταιρίας μας, αφορά στα στοιχεία που μας γνωστοποιείτε οικειοθελώς στο πλαίσιο υποβολής της αίτησής σας στην Εταιρία μας για την παροχή ασφαλιστικού προϊόντος, για τη μετατροπή του ή την επαναφορά του σε ισχύ και περιλαμβάνονται σε αυτές, καθώς και στα συνοδευτικά έγγραφα και δικαιολογητικά.

Στο πλαίσιο αυτό, λαμβάνουμε απλά προσωπικά δεδομένα, όπως στοιχεία ταυτοποίησης, δημογραφικά, οικονομικά, στοιχεία επικοινωνίας μαζί σας, καθώς και ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα σας σε περίπτωση ασφαλίστρων ζωής και υγείας, που αφορούν δηλαδή εκτός των άλλων και την υγεία σας (φυσική κατάσταση, τυχόν ανικανότητες και αναπηρίες, ιατρικό ιστορικό, χορήγηση φαρμάκων).

Επίσης, ζητούμε και συλλέγουμε δεδομένα σας από τρίτα μέρη, συνεργαζόμενα ή μη, εταιρίες που αξιολογούν ή/και επαναξιολογούν το συναλλακτικό/πιστωτικό κίνδυνο και παρέχουν επίκαιρες πληροφορίες οικονομικής συμπεριφοράς και για τους σκοπούς αυτούς που τηρούν αρχείο δεδομένων οικονομικής συμπεριφοράς, εφόσον κρίνονται απαραίτητα για τους σκοπούς των ένομων συμφερόντων που επιδιώκουμε.

Στην ως άνω συλλογή και επεξεργασία περιλαμβάνονται και άλλα προσωπικά δεδομένα που τυχόν μας γνωστοποιήσετε στο μέλλον κατά την εξέταση αιτήματος παροχής ασφαλιστικής κάλυψης ή που θα αντλήσουμε από τρίτους παρόχους πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας υγείας, εφόσον λάβουμε την έγγραφη προς τούτο συγκατάθεσή σας και τα οποία κρίνονται απαραίτητα για τους σκοπούς των ένομων συμφερόντων που επιδιώκουμε.

Σκοποί επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων:

Η Εταιρία επεξεργάζεται τα ανωτέρω προσωπικά σας δεδομένα, για τους ακόλουθους σκοπούς:

- α)** Προκειμένου να εκτιμήσει τον κίνδυνο στο πλαίσιο της ασφαλιστικής σύμβασης, να καθορίσει τους γενικούς και ειδικούς όρους αυτής, καθώς και το ανάλογο ασφάλιστρο.
- β)** Για τη διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης καθ' όλη τη διάρκεια ισχύος ή και μετά τη λήξη αυτής, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου ή και της καταβολής του προβλεπόμενου στους όρους της σύμβασης ποσού (ασφαλισματος). Σε περίπτωση ασφαλίστρων ζωής και υγείας, για την εκπλήρωση των παραπάνω σκοπών επεξεργασίας, και καθόσον αφορά σε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα σας, είναι απαραίτητη η ρητή συγκατάθεσή σας στο σχετικό έντυπο. Η μη παροχή συγκατάθεσης ή των απαιτούμενων στοιχείων, καθώς και η τυχόν άρση της συγκατάθεσής σας στο μέλλον ή η διαπίστωση ύπαρξης ανακριβών ή αναληθών δηλώσεών σας κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου υγείας, θα παρέχει στην NN Hellas το δικαίωμα είτε άρνησης σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης είτε καταγγελίας της ασφαλιστικής σας σύμβασης με άμεση αναδρομικά εξ αρχής ακύρωσή της, καθώς και άρνησης της εκπλήρωσης οποιασδήποτε υποχρέωσής της που απορρέει από την ασφαλιστική σύμβαση. Σε κάθε περίπτωση, σας θυμίζουμε ότι έχετε δικαίωμα να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας ανά πάσα στιγμή, χωρίς βέβαια να θίγεται η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση προ της ανάκλησής της. Η ανάκληση της συγκατάθεσής σας θα έχει ως αποτέλεσμα την ακύρωση του ασφαλιστηρίου σας, διότι με την ανάκλησή σας καθίσταται αδύνατη για την NN Hellas η λειτουργία και η εκτέλεση της ασφαλιστικής σας σύμβασης.
- γ)** Στο πλαίσιο εκτίμησης του υπό ανάληψη ασφαλιστικού κινδύνου και της λήψης απόφασης επί της αιτούμενης ασφάλισης, σας γνωρίζουμε ότι η Εταιρία διενεργεί και πράξεις επεξεργασίας δεδομένων σας με την υποστήριξη αυτοματοποιημένων διαδικασιών, προκειμένου να καθορίσει (i) εάν η αίτησή σας να ασφαλιστείτε είναι αποδεκτή ή απορρίπτεται, (ii) σε περίπτωση αποδοχής, το κατάλληλο και αναλογικό ύψος του ασφάλιστρου και τους τυχόν ειδικούς όρους υπό τους οποίους μπορεί να συναφθεί το αιτούμενο από εσάς πρόγραμμα. Οι εν λόγω αποφάσεις βασίζονται σε μαθηματικές/στατιστικές αναλύσεις των παραμέτρων εκείνων που καθιστούν δυνατή την αντικειμενική αξιολόγηση του κινδύνου και την ένταξή του σε ομοιογενή ομάδα κινδύνων με βάση τη συχνότητα και την ένταση των ζημιών που ενδέχεται να επιφέρει, καθώς και την ορθή τιμολόγησή του. Η ως άνω αυτοματοποιημένη ατομική λήψη αποφάσεων, στο μέτρο που βασίζεται στην επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων (υγείας) που σας αφορούν, επιτρέπεται μόνον εφόσον έχετε παράσχει τη ρητή προς τούτο συγκατάθεσή σας που βρίσκεται στο τέλος της παρούσας δήλωσης.
- δ)** Επιπλέον, η Εταιρία επεξεργάζεται τα δεδομένα σας, κάνοντας ενδεχομένως χρήση και αυτοματοποιημένων διαδικασιών, στο πλαίσιο συμμόρφωσής της με τις υποχρεώσεις που της επιβάλλονται από το εκάστοτε ισχύον νομικό και κανονιστικό πλαίσιο και ιδίως για σκοπούς σχετικούς με την πρόληψη και καταστολή νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες, την αποφυγή και καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης και τη χρηματοδότηση της τρομοκρατίας.

ε) Τέλος η Εταιρία, μόνο εφόσον έχετε παράσχει τη ρητή συγκατάθεσή σας στο σχετικό έντυπο, θα χρησιμοποιήσει τα στοιχεία επικοινωνίας σας προκειμένου να σας πληροφορεί για τυχόν άλλες νέες υπηρεσίες/προϊόντα. Στην περίπτωση αυτή, σας θυμίζουμε ότι έχετε δικαίωμα να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας ανά πάσα στιγμή, χωρίς βέβαια να θίγεται η νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεση προ της ανάκλησής της.

Αποδέκτες:

Τα δεδομένα που σας αφορούν μπορεί να διαβιβασθούν σε άλλες (αντ)ασφαλιστικές εταιρίες σε περίπτωση που είναι αναγκαίο για τη λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης (αντασφάλιση κινδύνου που η εταιρία αναλαμβάνει) σε συνδεδεμένες επιχειρήσεις του Ομίλου NN Group N.V., οι οποίες μας συνδράμουν αναφορικά με την υποστήριξη των πληροφοριακών μας συστημάτων και σε οργανοτεχνικά θέματα καθώς και σε συνεργαζόμενα με την εταιρία φυσικά ή νομικά πρόσωπα τόσο κατά το προσυμβατικό στάδιο της εκτίμησης του ασφαλιστικού κινδύνου όσο και στο πλαίσιο της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης, στο βαθμό που αυτό είναι αναγκαίο για την καλύτερη εξυπηρέτησή σας και την παροχή των υπηρεσιών και ασφαλιστικών καλύψεων, όπως νοσηλευτήρια, διαγνωστικά κέντρα, εταιρίες διαχείρισης αποζημιώσεων για λογαριασμό της εταιρίας, ασφαλιστικές εταιρίες ή άλλες επιχειρήσεις που σας παρέχουν υπηρεσίες σε εκτέλεση των όρων της ασφαλιστικής σας σύμβασης και της ορθής και αποτελεσματικής επικοινωνίας της εταιρίας μαζί σας, εταιρίες φύλαξης και διατήρησης αρχείων για λογαριασμό της εταιρίας, εταιρίες υπηρεσιών τηλεφωνικής εξυπηρέτησης πελατών, εταιρίες που σας παρέχουν πληροφορίες σε γενικά θέματα υγείας, ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές, δικηγόροι, ερευνητές, πραγματογνώμονες. Στην περίπτωση αυτή η εταιρία δεσμεύεται ότι οι συνεργάτες της έχουν εξουσιοδοτηθεί ειδικά για τον σκοπό αυτό και δεσμεύονται πλήρως από το απόρρητο και τις υποχρεώσεις που προβλέπονται στη νομοθεσία σχετικά με τη συλλογή και επεξεργασία των ανωτέρω δεδομένων. Η εταιρία απαγορεύει, χωρίς προηγούμενη έγγραφη συναίνεσή της, τη διαβίβαση των προσωπικών σας δεδομένων εκτός της ευρωπαϊκής ζώνης, ενώ σε περίπτωση που αυτό θα συμβεί, οι πάροχοι των υπηρεσιών λαμβάνουν όλα τα μέτρα προστασίας των προσωπικών σας δεδομένων.

Τέλος, η εταιρία ενδέχεται να γνωστοποιήσει τα δεδομένα σας στις αρμόδιες δημόσιες/δικαστικές αρχές, στο βαθμό που επιβάλλεται από το ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο, εφόσον υποβληθεί σχετικό αίτημα ή εφόσον οφείλει να υποβάλλει αναφορά με τα εν λόγω στοιχεία χωρίς προηγούμενη ειδική ενημέρωση. Ιδίως δε στα πλαίσια συμμόρφωσης με τους κανόνες αυτόματης ανταλλαγής πληροφοριών στο φορολογικό τομέα, όπως απορρέει από διεθνείς συνθήκες, προσωπικά σας δεδομένα ενδέχεται να διαβιβασθούν σε δημόσιες αρχές τρίτων χωρών.

Χρόνος διατήρησης δεδομένων:

Η Εταιρία θα επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα καθ' όλη τη διάρκεια ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης και για χρονικό διάστημα μέχρι είκοσι (20) έτη από τη λήξη αυτής με οποιονδήποτε τρόπο και μέχρι πέντε (5) έτη σε περίπτωση μη συναψής της ασφαλιστικής σύμβασης, εκτός αν άλλως ορίσει το εκάστοτε ισχύον νομικό και κανονιστικό πλαίσιο και οι εγκεκριμένοι κώδικες δεοντολογίας.

Οι δεσμεύσεις μας:

Δεσμευόμαστε να διατηρούμε τα δεδομένα σας ενημερωμένα και ακριβή, να τα αποθηκεύουμε και διαγράφουμε με ασφάλεια, να μη συλλέγουμε και διατηρούμε δεδομένα που δε μας είναι απαραίτητα, να προστατεύουμε τα δεδομένα σας από απώλεια, κακή χρήση, μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση ή αποκάλυψη αυτών και, γενικά, να εξασφαλίζουμε την ύπαρξη κατάλληλων τεχνικών και οργανωτικών μέτρων για την προστασία τους και, τέλος, να σας ενημερώσουμε για την περίπτωση διαρροής τους. Για να μπορέσουμε να ανταποκριθούμε σε αυτή τη δέσμευσή μας, είμαστε υποχρεωμένοι να επικαιροποιήσουμε τα δεδομένα σας, που ήδη τυχόν διαθέτουμε και επεξεργαζόμαστε για άλλες υπηρεσίες ή/και προϊόντα, με βάση τα δεδομένα που εσείς μας δίδετε. Στο πλαίσιο αυτό, σας υπενθυμίζουμε ότι οφείλετε να ειδοποιήσετε χωρίς καθυστέρηση την Εταιρία για οποιαδήποτε αλλαγή επέλθει στα προσωπικά σας δεδομένα.

Τα δικαιώματά σας:

Έχετε το δικαίωμα πρόσβασης, το δικαίωμα δηλαδή να ενημερωθείτε, κατόπιν αιτήματός σας, αφενός για το κατά πόσον ή όχι τα προσωπικά σας δεδομένα υφίστανται επεξεργασία και αφετέρου να λάβετε αντίγραφο και περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με την πραγματοποιούμενη επεξεργασία. Επιπλέον, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε τη διόρθωση των ανακριβών προσωπικών σας δεδομένων ή τη συμπλήρωση αυτών. Εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις του Νόμου, μπορείτε να ασκήσετε το δικαίωμα διαγραφής, το δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας, το δικαίωμα φορητότητας των δεδομένων σας, το δικαίωμα εναντίωσης στην επεξεργασία αυτών. Σε περίπτωση αυτοματοποιημένης ατομικής λήψης απόφασης, έχετε δικαίωμα α) ειδικής ενημέρωσης περί της διενέργειας τέτοιας επεξεργασίας, β) αιτιολόγησης της σχετικής απόφασης, γ) διατύπωσης άποψης και δ) αμφισβήτησης της απόφασης. Η συμμόρφωση της Εταιρίας με σχετικό αίτημά σας ενδέχεται να οδηγήσει στην ακύρωση της ασφαλιστικής σας σύμβασης, αν με αυτόν τον τρόπο παρεμποδίζεται η λειτουργία της.

Για οποιοδήποτε αίτημα σχετικό με την επεξεργασία των δεδομένων σας, παρακαλούμε όπως απευθύνετε το συντομότερο δυνατόν στον υπεύθυνο προστασίας προσωπικών δεδομένων της Εταιρίας, Λεωφ. Συγγρού 198, 176 71 Καλλιθέα, τηλ. 210 9506000, e-mail: dro@nnhellas.gr. Η άσκηση των δικαιωμάτων γίνεται ατελώς, εκτός αν το σχετικό αίτημα επαναλαμβάνεται συχνά και λόγω όγκου συνεπάγεται για την Εταιρία διοικητικό κόστος. Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι θίγεται κατά οποιονδήποτε τρόπο η προστασία των προσωπικών σας δεδομένων, μπορείτε να προσφύγετε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας:

Ιστοσελίδα: www.dpa.gr
Ταχυδρομική Διεύθυνση: Λεωφόρος Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα
Τηλεφωνικό Κέντρο: +30 210 6475600
Fax: +30 210 6475628
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: contact@dpa.gr

Για οποιαδήποτε πληροφορία, επικοινωνήστε μαζί μας στο **210 950 6000**.
Εναλλακτικά, μπορείτε να επισκεφτείτε την ιστοσελίδα μας, **nnhellas.gr**.

Δήλωση ασφαλισμένου

Δίνω τη συγκατάθεσή μου για τη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων υγείας μου από την Εταιρία προς το σκοπό της εκτίμησης κινδύνου και της διαχείρισης της ασφαλιστικής μου σύμβασης, σύμφωνα με όσα ορίζονται στην παρούσα δήλωση προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Ναι Όχι

Δήλωση συμβαλλόμενου

Δίνω τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων προκειμένου να λαμβάνω πληροφόρηση από την NN Hellas για τυχόν άλλες νέες υπηρεσίες/προϊόντα.

Ναι Όχι

Συγκατάθεση συμβαλλόμενου για επικοινωνία με ψηφιακά μέσα

[ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail), κινητό τηλέφωνο, ηλεκτρονική πλατφόρμα παροχής υπηρεσιών της NN Hellas]

- Συμφωνώ να λαμβάνω όλες τις ενημερώσεις και τα έγγραφα της NN Hellas για όλα τα ασφαλιστήρια στα οποία είμαι συμβαλλόμενος, συμπεριλαμβανομένων των περιοδικών ενημερώσεων αναφορικά με τα εν λόγω ασφαλιστήρια (ενδεικτικά: ετήσια ενημέρωση τυχόν ασφαλιστικού – επενδυτικού προγράμματος) που προβλέπονται στους όρους των ασφαλιστηρίων και στο εκάστοτε ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο, με ψηφιακά μέσα [ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail), κινητό τηλέφωνο, ηλεκτρονική πλατφόρμα παροχής υπηρεσιών της NN Hellas] και αναγνωρίζω ότι η αποστολή εγγράφων από την εταιρία με έναν ή περισσότερους από τους παραπάνω τρόπους αποτελεί τεκμήριο ότι τα έγγραφα έχουν αποσταλεί και παραδοθεί νόμιμα και ότι έλαβα γνώση αυτών.

(Υποχρεωτική επιλογή για την αλλαγή συμβαλλόμενου και την προσθήκη/αφαίρεση κάλυψης)

Τόπος _____

Ημερομηνία _____

Υπογραφή Συμβαλλόμενου

Υπογραφή Ασφαλισμένου

Στοιχεία Ασφαλιστικών Διαμεσολαβητών

	Insurance Agent «Βεβαιώνω ότι η παρούσα αίτηση υπογράφηκε ενώπιόν μου.»	Unit Manager	Agency Manager
Όνοματεπώνυμο	_____	_____	_____
Κωδικός	_____	_____	_____
Α.Φ.Μ.	_____	_____	_____
Αριθ. Ειδικού Μητρώου	_____	_____	_____
Υπογραφή	_____	_____	_____

Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασφαλιζόμενου

Σε περίπτωση που ο ασφαλιζόμενος είναι ανήλικος, το ερωτηματολόγιο υγείας πρέπει να συμπληρώνεται από το νόμιμο κηδεμόνα.

1. Είστε κάτοχος άλλων ασφαλιστηρίων, με τι κεφάλαια ζωής, ατυχημάτων, υγείας, μηνιαίας αποζημίωσης και σε ποια εταιρία; Ναι Όχι
2. Απορρίφθηκε, αναβλήθηκε ή εκκρεμεί αίτηση ασφαλίσεώς σας ή έγινε δεκτή με ειδικούς όρους και σε ποια εταιρία; Ναι Όχι
3. Έχετε βιβλιάριο ασθένειας; Ποιος είναι ο κύριος ασφαλιστικός σας φορέας (κρατικός); Ναι Όχι
4. Έχετε απαλλαγεί από τη στρατιωτική σας θητεία; (αφορά μόνο άνδρες) Ναι Όχι
5. Ποιο είναι το ύψος, βάρος σας; Ασφαλιζόμενος _____ Ύψος _____ Βάρος _____ Έχει υποστεί μεταβολή τα τελευταία 3 χρόνια το βάρος σας; Ναι Όχι
6. Έχετε ή είχατε αντιμετωπίσει πρόβλημα υγείας σχετιζόμενο άμεσα ή έμμεσα με την αρτηριακή σας πίεση; Συμπληρώστε την αρτηριακή σας πίεση εφόσον τη γνωρίζετε. Μικρή _____ Μεγάλη _____ Ναι Όχι
7. Καπνίζετε; Αν ναι, τι ποσότητα ημερησίως και για πόσο καιρό; Ναι Όχι
8. Κάνετε ή έχετε κάνει ποτέ συστηματική χρήση αλκοόλ; Αν ναι, τι ποσότητα ημερησίως; Ναι Όχι
9. Κάνετε ή έχετε κάνει ποτέ χρήση ναρκωτικών ουσιών, αναβολικών ή ψυχοφαρμάκων; Ναι Όχι
10. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα, παράλυση ή αναπηρία; Είχατε ποτέ κάποια παροδική παράλυση ή αναπηρία; Ναι Όχι Ναι Όχι
11. (α) Έχετε ποτέ νοσηλευτεί, πρόκειται να νοσηλευθείτε ή σας έχει συσταθεί νοσηλεία; Ναι Όχι
(β) Έχετε ποτέ χειρουργηθεί ή σας έχει συσταθεί χειρουργική επέμβαση; Ναι Όχι
Αν ναι, για ποιο λόγο; _____
12. Έχετε ακολουθήσει οποτεδήποτε στο παρελθόν ή ακολουθείτε σήμερα ή σας έχει συσταθεί να ακολουθήσετε φαρμακευτική αγωγή ή κάποια θεραπεία; Ναι Όχι
(α) Πήρατε ποτέ ή λαμβάνετε κάποια θεραπευτική αγωγή για να μειώσετε τα επίπεδα της χοληστερόλης ή των τριγλυκεριδίων στο αίμα σας; Ναι Όχι
(β) Πήρατε ποτέ ή λαμβάνετε κάποια θεραπευτική αγωγή για να ελαττώσετε την τιμή του σακχάρου στο αίμα σας; Ναι Όχι
(γ) Πήρατε ποτέ ή λαμβάνετε κάποια θεραπευτική αγωγή για να ελαττώσετε την τιμή της αρτηριακής σας πίεσης; Ναι Όχι
13. Υποβλήθηκατε ποτέ σε εξετάσεις όπως ηλεκτροκαρδιογράφημα, εξετάσεις αίματος και ούρων, δοκιμασία κόπωσης, αξονική ή μαγνητική τομογραφία, εξέταση AIDS, υπερηχογράφημα, μαστογραφία ή άλλες εξετάσεις, που τα ευρήματά τους να απαιτούσαν ιατρική παρακολούθηση ή θεραπεία; Σας έχει συσταθεί να υποβληθείτε στα παραπάνω είδη εξετάσεων και δεν τις έχετε πραγματοποιήσει; Ναι Όχι Ναι Όχι
14. Στην οικογένειά σας (γονείς-αδέρφια) έχετε ή είχατε περιπτώσεις διαβήτη, παθήσεων καρδιάς ή νεφρών, υπέρτασης, εγκεφαλικού, καρκίνου, διανοητικών ή ψυχικών διαταραχών; Ναι Όχι
15. Υποφέρετε ή έχετε ποτέ υποφέρει από:
(α) παθήσεις καρδιάς, αγγείων και φλεβών ή του κυκλοφορικού-υπέρταση (π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, στηθάγχη κ.λπ.); Ναι Όχι
(β) παθήσεις πνευμόνων ή του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, βρογχικό άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα, αλλεργίες, χρόνιας βήχας, αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.λπ.); Ναι Όχι
(γ) παθήσεις του πεπτικού συστήματος, του οισοφάγου, του στομάχου ή των εντέρων (π.χ. έλκος, πολύποδες, εκκολπώματα, κολίτιδες κ.λπ.); Ναι Όχι
(δ) παθήσεις ουροποιητικού συστήματος και γεννητικών οργάνων (π.χ. λιθίαση, αιματοουρία, κυστίτιδες, προβλήματα του προστάτη, ινομύωμα, ενδομητρίωση, κύστες ωοθηκών, HPV λοίμωξη κ.λπ.); Ναι Όχι
(ε) παθήσεις χοληδόχου κύστεως ή παγκρέατος (π.χ. παγκρεατίτιδα, χολολιθίαση κ.λπ.); Ναι Όχι
(στ) παθήσεις ήπατος (π.χ. ηπατίτιδα, κίρρωση κ.λπ.); Ναι Όχι
(ζ) παθήσεις θυρεοειδούς, υποφύσεως, επινεφριδίων ή άλλη ορμονική διαταραχή; Ναι Όχι
(η) παθήσεις εγκεφάλου, νευρικού συστήματος ή ψυχικές παθήσεις; Ναι Όχι
(θ) παθήσεις των μυών, των οστών, της σπονδυλικής στήλης ή των αρθρώσεων; Ναι Όχι
(ι) παθήσεις του αίματος, των λεμφαδένων ή του σπληνός; Ναι Όχι
(ια) παθήσεις αυτιών, ματιών, ρινός ή λαιμού (π.χ. γλαύκωμα, καταρράκτης, πολύποδες ρινός, σκολίωση ρινικού διαφράγματος, αλλεργική ρινίτιδα, άπνοια ύπνου, κώφωση κ.λπ.); Ναι Όχι
(ιβ) νεοπλασμάτα, όγκους ή καρκίνο οποιασδήποτε μορφής; Ναι Όχι
(ιγ) AIDS, αφροδίσιο νόσημα; Ναι Όχι

- (ιδ) παθήσεις δέρματος (π.χ. ψωρίαση, δερματίτιδα, έκζεμα, σπίλοι, έρπητα κ.λπ.); Ναι Όχι
- (ιε) αυτοάνοσες διαταραχές (π.χ. ρευματικές παθήσεις, σκλήρυνση κατά πλάκας, λύκο, σύνδρομο sjogren, κ.λπ.); Ναι Όχι
- (ιστ) παθήσεις μαστών; Ναι Όχι
- (ιζ) Υπήρξατε ανίκανος για εργασία κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων ετών για περίοδο μεγαλύτερη από μια εβδομάδα ή είστε σήμερα ανίκανος για εργασία; Ναι Όχι
16. Είστε αθλητής σε επαγγελματικό ή ερασιτεχνικό σωματείο; Αν ναι, διευκρινίστε _____ Ναι Όχι
- Έχετε κάποιο hobby ή ασχολείστε με extreme sports; Αν ναι, διευκρινίστε _____ Ναι Όχι
17. Έχετε ή είχατε ποτέ κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας, ασθένεια, νόσημα ή ενοχλήματα που δεν αναφέρετε παραπάνω; Ναι Όχι
18. Για γυναίκες:
- (α) Είστε έγκυος; Ναι Όχι
- Αν ναι, σε ποιο μήνα της εγκυμοσύνης σας βρίσκαστε; _____
- (β) Υποφέρετε ή έχετε υποφέρει από γυναικολογικές παθήσεις ή άλλου είδους διαταραχές γυναικολογικής φύσης; Ναι Όχι
19. Για ανήλικους - παιδιά:
- Έχει ο προτεινόμενος προς ασφάλιση ανήλικος:
- (α) υποφέρει από διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, όπως βρογχολίτιδα ή ασθματική βρογχίτιδα, που να χρειάστηκε νοσηλεία ή/και φαρμακευτική αγωγή; Ναι Όχι
- (β) γεννηθεί πρόωρα ή εμφάνισε επιπλοκές μετά τη γέννησή του; Ναι Όχι

Συμπληρώστε εδώ την ανάλυση των καταφατικών απαντήσεών σας

Αριθμός ερώτησης	Επεξήγηση απάντησης	Ημερομηνία συμβάντος	Τωρινή κατάσταση της υγείας σας

Βεβαιώνω ότι όλες οι παραπάνω απαντήσεις και δηλώσεις μου τόσο στην αίτηση μετατροπής/επαναφοράς όσο και στο ερωτηματολόγιο υγείας είναι αληθείς, λεπτομερείς και ολοκληρωμένες, είναι αναπόσπαστο τμήμα της παρούσας αίτησης και ενιαίο κείμενο με αυτήν και θα αποτελέσουν τη βάση για τη μετατροπή/επαναφορά του ασφαλιστηρίου υγείας μου. Αποδέχομαι ότι η εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να προβεί σε καταγγελία του ασφαλιστηρίου μου, σε περίπτωση που με οποιονδήποτε τρόπο διαπιστωθούν ανακρίβειες ή αναληθείς οι παραπάνω δηλώσεις μου, όλες ή μέρος αυτών, καθώς και αυτές που έχουν συμπεριληφθεί στην αρχική αίτηση ασφάλισης υγείας.

Παρέχω στην NN Hellas τη συγκατάθεσή μου για την πρόσβαση στον ηλεκτρονικό φάκελό μου (που τηρείται από τον ΕΟΠΥΥ) μέσω των συνεργαζόμενων με αυτήν ιατρών για τριάντα μέρες από σήμερα και αποδέχομαι ότι όλες οι τυχόν απαιτούμενες ιατρικές εξετάσεις θα γίνουν σύμφωνα με τη διαδικασία που ορίζεται από την εταιρία. Δηλώνω ότι, σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, θα επιτρέψω κάθε έρευνα που η εταιρία θεωρεί αναγκαία για την κάλυψη της ζημιάς μου.

Τόπος _____

Ημερομηνία _____

Υπογραφή Συμβαλλομένου

Υπογραφή Ασφαλισμένου

Insurance Agent

«Βεβαιώνω ότι το παραπάνω ιατρικό ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε και υπογράφηκε ενώπιόν μου».

Όνοματεπώνυμο και Υπογραφή

Κωδικός

Εντολή Άμεσης(-ων) Χρέωσης(-ων) ΕΧΠΕ (SEPA)/SEPA Direct Debit Mandate

Κωδικός αναφοράς ανάθεσης – συμπληρώνεται από το δικαιούχο οργανισμό
Mandate reference – to be completed by the creditor

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε την (α) ΝΝ Ελληνική Μονοπρόσωπη Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία Ζωής να αποστέλλει οδηγίες στην τράπεζά σας για χρέωση του λογαριασμού σας και (β) την τράπεζά σας να χρεώνει το λογαριασμό σας, σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από την ΝΝ Ελληνική Μονοπρόσωπη Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία Ζωής.
Ως μέρος των δικαιωμάτων σας, δικαιούστε να απαιτήσετε επιστροφή ποσού από την τράπεζά σας, σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της μεταξύ σας συμφωνίας. Επιστροφή ποσού πρέπει να αξιωθεί εντός 8 εβδομάδων από την ημερομηνία χρέωσης του λογαριασμού σας. Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε τα πεδία που φέρουν αστερίσκο.

By signing this mandate form, you authorise (a) NN Hellenic Life Insurance Co. Single Member S.A. to send instructions to your bank to debit your account and
(b) your bank to debit your account in accordance with the instructions from NN Hellenic Life Insurance Co. Single Member S.A.
As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.
Please complete all the fields marked *.

Όνοματεπώνυμο* Name*	_____		1
Διεύθυνση* Address*	_____		2
	_____	_____	3
	Ταχ. Κώδικας - Postal Code	Πόλη - City	
	_____		4
	Χώρα - Country		
Αριθμός Λογαριασμού* Your Account Number*	_____		
	IBAN λογαριασμού - IBAN Bank account number		
	_____		5
	Τράπεζα - Bank		
Επωνυμία Δικαιούχου Οργανισμού Creditor's Name	ΝΝ Ελληνική Μονοπρόσωπη Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία Ζωής Λεωφ. Συγγρού 198, 176 71 Καλλιθέα Τηλ.: 210 950 6000, nnhellas.gr ΑΡ.Γ.Ε.ΜΗ.: 121801401000 - Α.Φ.Μ.: 094509480, Δ.Ο.Υ. ΦΑΕ ΠΕΙΡΑΙΑ		
	ΝΝ Hellenic Life Insurance Co. Single Member S.A. 198 Syggrou Av., 176 71 Kallithea, Greece Tel.: 210 950 6000, nnhellas.gr General Commercial Registry Number: 121801401000 - TIN: 094509480, Tax Office: FAE Piraeus		
Τύπος Πληρωμής* Type of Payment*	Επαναλαμβανόμενη Πληρωμή _____ Recurrent Payment	Εφάπαξ Πληρωμή _____ One-off Payment	6
Υπεγράφη* City or Town of Signature*	Πόλη/Δήμος _____ Location	Ημερομηνία _____ Date	7
Υπογραφή Οφειλέτη* Signature(s)*	_____		
	Παρακαλώ υπογράψτε εδώ - Please sign here		

Σημείωση: Τα δικαιώματά σας αναφορικά με την ως άνω ανάθεση προσδιορίζονται σε δήλωση, την οποία μπορείτε να αποκτήσετε από την τράπεζά σας.

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Λεπτομέρειες αναφορικά με την υποκείμενη σχέση μεταξύ του δικαιούχου και του οφειλέτη – αποκλειστικά για σκοπούς πληροφόρησης.
Details regarding the underlying relationship between the creditor and the debtor – for information purposes only.

Κωδικός Ανάθεσης Πάγιας Εντολής Debtor Identification Code	_____	8
	Συμπληρώστε όποιον κωδικό αριθμό επιθυμείτε να χρησιμοποιεί η τράπεζά σας Write any code number here that you wish to be quoted by your bank	
Σχετικά με τη Σύμβαση In Reference to the Contract	_____	9
	Αριθμός αίτησης/ασφαλιστηρίου Identification number of the underlying contract	

Όροι Εντολής Ανάθεσης Άμεσης Χρέωσης

Ο υπογράφων την παρούσα πάγια εντολή, δικαιούχος ή συνδικαιούχος του τραπεζικού λογαριασμού καταθέσεων που δηλώθηκε στα στοιχεία της αίτησης, αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τους εξής όρους:

1. Αποδέχομαι την εξόφληση των οφειλών, με αυτόματη χρέωση του αναγραφόμενου τραπεζικού λογαριασμού μου, η οποία διενεργείται κατόπιν εντολής του δικαιούχου οργανισμού. Ο τραπεζικός λογαριασμός μου θα χρεώνεται με το ποσό της εκάστοτε οφειλής.
2. Διατηρώ το δικαίωμα να ανακαλέσω οποτεδήποτε την παρούσα εντολή. Η ανάκληση της εντολής υποβάλλεται είτε στην τράπεζά μου είτε στον οργανισμό.
3. Διατηρώ το δικαίωμα να αντικαταστήσω την παρούσα εντολή με άλλη, που θα εκδοθεί όπως η παρούσα. Με την αποδοχή της νέας εντολής από την τράπεζά μου, θεωρείται αυτομάτως ανακληθείσα η παρούσα εντολή.
4. Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου από το δικαιούχο οργανισμό, τη ΔΙΑΣ Α.Ε. και την τράπεζά μου γίνεται αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας εντολής και είναι σύμφωνη με την οικεία νομοθεσία.
5. Η εντολή απευθύνεται στην τράπεζά μου, διαβιβάζεται σε αυτήν από το δικαιούχο οργανισμό μέσω του συστήματος DIASDEBIT και ενεργοποιείται μόνο μετά από έγκριση της τράπεζάς μου.
6. Αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τους όρους της τράπεζάς μου για την παρούσα εντολή άμεσης χρέωσης για εξόφληση της εν λόγω οφειλής με χρέωση του τραπεζικού λογαριασμού μου.
7. Δηλώνω ότι σε τυχόν περίπτωση που κατά την(τις) ημερομηνία(ες) χρέωσης του ασφαλιστρού δεν υπάρχει επαρκές διαθέσιμο υπόλοιπο στον αναγραφόμενο τραπεζικό λογαριασμό μου για άμεση δέσμευση του ποσού και εξόφληση της(των) οφειλής(ών) μου, είμαι ενήμερος ότι ο τραπεζικός λογαριασμός μου θα πρέπει να διαθέτει επαρκές διαθέσιμο υπόλοιπο κατά τη(τις) συγκεκριμένη(ες) ημερομηνία(ες), που έχει(ουν) ορισθεί ως ημερομηνία(ες) λήξης της προθεσμίας πληρωμής του εκάστοτε οφειλόμενου ασφαλιστρού και των επαναλαμβανόμενων προσπαθειών είσπραξης του, άλλως (α) η αίτηση ασφάλισής μου θα θεωρηθεί ως άκυρη εξαρχής και μηδέποτε γενόμενη ή (β) ο δικαιούχος οργανισμός έχει το δικαίωμα να προβεί στις απαραίτητες εκείνες ενέργειες, όπως προβλέπονται στους όρους του ασφαλιστηρίου μου, για την ακύρωσή του λόγω μη πληρωμής του εκάστοτε οφειλομένου ασφαλιστρού.