

Αίτηση Ασφαλιστικός Γονέας

Στοιχεία Ασφαλιζόμενου

Όνομα:	Επώνυμο:	Πατρώνυμο:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ημερ. Γέννησης:	Αρ. Διαβατηρίου/Α.Δ.Τ.:	Α.Φ.Μ.:	Δ.Ο.Υ.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	Πόλη:	Τ.Κ.:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
e-mail*:	Τηλέφωνο**:	Κινητό**:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Επάγγελμα*:	<input type="text"/>		

*Μη υποχρεωτικό πεδίο **Συμπληρώστε έστω ένα από τα πεδία

Δηλώσεις Συγκατάθεσης

1. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ & ΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Αφού παρέλαβα από την Ασφαλιστική Εταιρία ή/και από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή και ανέγνωσα το έντυπο «Ενημέρωση Φυσικών Προσώπων για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα», δίνω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων, για την ένταξή μου στο πρόγραμμα "Ασφαλιστικός Γονέας".

Ο Ασφαλιζόμενος

2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Α. Για την αποστολή εγγράφων που αφορούν στην ασφάλισή μου (π.χ. ενημερώσεις για τα προνόμια του προγράμματος), παρακαλώ όπως χρησιμοποιείτε:

- Την ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.
 Την ταχυδρομική διεύθυνση που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης.

Β. Για ενημερώσεις που αφορούν στην ασφάλισή μου, επιθυμώ να λαμβάνω SMS στο κινητό τηλέφωνο που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση ασφάλισης:

- Ναι Όχι

Ο Ασφαλιζόμενος

3. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥΣ Ή ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ

Δίνω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των ως άνω δηλωθέντων από εμένα Προσωπικών Δεδομένων, προκειμένου να λαμβάνω ενημερώσεις για διαφημιστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς μέσω e-mail, SMS ή τηλεφωνικά κατά τη διάρκεια της ασφάλισής μου και έως 36 μήνες μετά τη λήξη της.

- Ναι Όχι

Ο Ασφαλιζόμενος

Έχετε τη δυνατότητα να τροποποιείτε ή/και να ανακαλείτε οποτεδήποτε εγγράφως ή μέσω του Τμήματος Εξυπηρέτησης Πελατών (τηλ. 210 8119670, e-mail helpcustomer@europisti.gr), τη συγκατάθεσή σας για την επιλογή του τρόπου επικοινωνίας και λήψης ενημερώσεων για διαφημιστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς.

Υπεύθυνες Δηλώσεις

Δηλώνω ότι:

- Παρέλαβα από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή το έντυπο «ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 11 Π.Δ. 190/2006 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΑΣ».
- Παρέλαβα από την Ασφαλιστική Εταιρία ή/και από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή το απαραίτητο ενημερωτικό υλικό για την Ασφαλιστική Επιχείρηση ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ ΑΕΓΑ και τα προϊόντα της (προσυμβατική ενημέρωση).
- Τα στοιχεία που έχω δηλώσει είναι απολύτως αληθή και ακριβή.
- Ανέγνωσα και αποδέχομαι τους Όρους του Προγράμματος, οι οποίοι είναι αναρτημένοι στο www.asfalistikosgoneas.gr.

Κωδ. Ασφ. Διαμεσολαβητή

Τόπος / Ημερομηνία

Ο Ασφαλιζόμενος