



ΑΡΙΘΜ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ – ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΜΒ. : 12059665 ΔΙΚΗΓΟΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝ. ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ : ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝ. ΠΡΟΣΤ/ΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ : ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΛΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δηλώνω ότι αποδέχομαι να συμμετάσχω στο Πρόγραμμα ομαδικής ασφάλισης του ΔΙΚΗΓΟΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΕΙΡΑΙΩΣ, δηλώνω δε ρητά και υπεύθυνα ότι σήμερα κατά την υπογραφή του παρόντος δεν είμαι Ολικά ή Μερικά Ανίκανος για εργασία από ατύχημα ή ασθένεια, δεν ήμουν Ολικά ή Μερικά Ανίκανος από ατύχημα ή ασθένεια για διάστημα μεγαλύτερο από 30 συνεχόμενες ημέρες κατά τα 5 τελευταία έτη, δεν έχω νοσηλευτεί λόγω ασθένειας ή ατυχήματος για διάστημα μεγαλύτερο από 10 συνεχόμενες ημέρες, δεν πάσχω ή/και δεν έχω ακολουθήσει θεραπεία ή/και δεν έχω νοσήσει από κάποια από τις παρακάτω ασθένειες/παθήσεις: καρδιακές, υψηλή αρτηριακή πίεση μη ρυθμισμένη, πνευμονική ανεπάρκεια και αποφρακτικές νόσους, νεφρική ανεπάρκεια, διαβήτη, κατάχρηση οινόπνεύματος ή ναρκωτικών ουσιών, καρκίνο, δεν έχω οποιοδήποτε φυσικό ελάττωμα ή αναπηρία.

Δηλώσεις Ασφαλισμένου – Ενημέρωση για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Δηλώνω ρητά και υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις, πληροφορίες και απαντήσεις μου που περιέχονται στη παρούσα ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΛΗΣ 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