



## ΠΑΓΙΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΜΕ ΧΡΕΩΣΗ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ALPHA BANK

ΑΝΑΘΕΣΗ       ΜΕΤΑΒΟΛΗ       ΑΝΑΚΛΗΣΗ

Με αυτή την εξουσιοδότηση έχετε τη δυνατότητα να εξοφλείτε τα ασφάλιστρά σας με αυτόματη χρέωση του τραπεζικού σας λογαριασμού. Αφορά την πληρωμή ασφαλιστρών για τα **ατομικά συμβόλαια ζωής και τα συμβόλαια υγείας Mediusun**.

Για να ενεργοποιήσετε την πάγια εντολή πληρωμής, παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία και να παραδώσετε την παρούσα εξουσιοδότηση στον Ασφαλιστικό Συνεργάτη της Generali που σας εξυπηρετεί. Εναλλακτικά, μπορείτε να την στείλετε ταχυδρομικά στη διεύθυνση: Generali Hellas A.A.E., Τμήμα Διαχείρισης Ατομικών Συμβολαίων Ζωής Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα.

### Στοιχεία Ασφαλιστηρίου/Αίτησης Ασφάλισης Απαραίτητα στοιχεία προς συμπλήρωση

Αριθμός: \_\_\_\_\_ Κλάδος: \_\_\_\_\_

IBAN τραπεζικού λογαριασμού: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο δικαιούχου λογαριασμού: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο πατέρα: \_\_\_\_\_

Α.Φ.Μ. δικαιούχου λογαριασμού: \_\_\_\_\_

Α.Δ.Τ./Αριθ. διαβατηρίου: \_\_\_\_\_

### Εξουσιοδότηση για εξόφληση κάθε απόδειξης με πάγια εντολή πληρωμής

(για όσο διάστημα θα ισχύει το Συμβόλαιό μου)

Επιθυμώ την αυτόματη εξόφληση των ασφαλιστρών μου μέσω τραπεζικού λογαριασμού. Εξουσιοδοτώ την Generali να χρεώνει τον παραπάνω τραπεζικό λογαριασμό μου με τα ποσά των ασφαλιστρών που προκύπτουν από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο του Κλάδου \_\_\_\_\_ με αριθμό \_\_\_\_\_.

**Δηλώνω ότι ενημερώθηκα ότι τα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα που δηλώνονται σε αυτήν την πάγια εντολή θα τύχουν επεξεργασίας από τη Generali**, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και την ενημέρωση που είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα <https://www.generaligr/el/dilosi-prostiasias-prosorikon-dedomenon>, αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της ενεργοποίησης της πάγιας εντολής εξόφλησης ασφαλιστρών μέσω χρέωσης του τραπεζικού μου λογαριασμού ή της πιστωτικής μου κάρτας. Τα προσωπικά δεδομένα δε διαβιβάζονται σε τρίτους, εκτός της ΔΙΑΣ Α.Ε. και της συνεργαζόμενης Τράπεζας.

Υπογραφή εξουσιοδοτούντος \_\_\_\_\_ Ημερομηνία \_\_\_\_\_

Θεωρείται το γνήσιο της υπογραφής του εξουσιοδοτούντος\*

\*Η θέωρηση του γνήσιου της υπογραφής από οποιαδήποτε δημόσια αρχή, είναι υποχρεωτική σε περίπτωση μη παράδοσης της παρούσας εξουσιοδότησης αυτοπροσώπως.

Generali Hellas Ανώνυμος Ασφαλιστική Εταιρία

Κεντρικά Γραφεία: Λεωφ. Συγγρού & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα, Τ 210 80 96 100, F 210 80 96 367

Γραφείο Β. Ελλάδα: 26<sup>ος</sup> Οκτωβρίου 38-40, 3<sup>ος</sup> όροφος, 546 27, Θεσσαλονίκη, Τ 2310 551 144, F 2310 552 282

Μέλος του Ομίλου Generali εγγεγραμμένη στο Μητρώο Ασφαλιστικών Ομίλων,

Α.Φ.Μ.: 094327684, ΑΡ.Μ.Α.Ε.: 25081/05/Β/91/22, ΑΡ.Γ.Ε.ΜΗ.: 941401000

generaligr