Groupama
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ _____

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΗ ΕΤΑΙΡΙΑ _____

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ

ΕΠΙΘΕΤΟ	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΟΝΟΜΑ	ΑΓΑΜΟΣ ΕΓΓΑΜΟΣ ΑΡ. ΠΑΙΔΙΩΝ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	Α.Φ.Μ.
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ	ΙΒΑΝ:

ΔΗΛΩΣΗ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ (Εάν προβλέπεται από το Πρόγραμμα)

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΑ ΟΝΟΜΑΤΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΓΑΜΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΑΣ *

ΕΠΙΘΕΤΟ	ΟΝΟΜΑ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ

* μικρότερα των 27 ετών

ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΟΡΙΖΩ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ ΜΟΥ ΤΟΥΣ:

ΕΠΙΘΕΤΟ	ΟΝΟΜΑ	ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΧΕΣΗ	%

Σε περίπτωση θανάτου κάποιου από τους παραπάνω δικαιούχους μου πριν από μένα, το μερίδιο που θα περιέλθει στους επιζώντες δικαιούχους ή δικαιούχο κατ' αναλογία μεριδίου τους ή σε περίπτωση που δεν υπάρχει δικαιούχος στους νόμιμους κληρονόμους μου. Διατηρώ το δικαίωμα να αλλάξω οποιονδήποτε από τους πιο πάνω δικαιούχους.

Με την παρούσα εξουσιοδοτώ τον εργοδότη μου, να παρακρατεί από τις Μηνιαίες Αποδοχές μου και να καταβάλει για λογαριασμό μου στην Groupama Φοίνιξ Α.Ε.Α.Ε., το ποσό συμμετοχής στα ασφάλιστρα, εφόσον προβλέπεται από το συμβόλαιο Ομαδικής Ασφάλισης, που αναλογεί για την κάλυψη την δική μου ή και των εξαρτωμένων μελών της οικογενειάς μου.

Με την παρούσα εξουσιοδοτώ την Groupama Φοίνιξ Α.Ε.Α.Ε , να καταβάλει στον τραπεζικό λογαριασμό μισθοδοσίας μου, που έχει δηλωθεί για την παρούσα ομαδική ασφάλιση, τα ποσά αποζημίωσης που προβλέπονται από το Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο και αναλογούν στην κάλυψη την δική μου ή/και των εξαρτωμένων μελών της οικογένειάς μου.

Έχω ενημερωθεί και συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από την Groupama Φοίνιξ Α.Ε.Α.Ε., όπως αυτή προβλέπεται στο ενημερωτικό κείμενο σχετικά με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που βρήκα στην ιστοσελίδα της https://www.groupama.gr/Eidikes-selides/Proswpika-Dedomena.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ