

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΥΠ'ΑΡ. 10017007 ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ****1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΑΝΕΙΟΥ**

ΑΡ. ΔΑΝΕΙΟΥ/ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:	ΑΡΧΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΑΝΕΙΟΥ: € XXX
------------------------	--------------------------------

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

ΟΝΟΜΑ:	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:
ΕΠΙΘΕΤΟ:	ΠΕΡΙΟΧΗ:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	Τ.Κ.:
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	Α.Φ.Μ.:
ΦΥΛΟ:	Α.Δ.Τ.:
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΛΥΨΗΣ: «Η ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΤΑΜΙΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΔΑΝΕΙΟΥ»

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΛΥΨΗΣ: «ΧΧ ΜΗΝΕΣ ΜΕ ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ 72 ΜΗΝΕΣ»

ΠΡΩΤΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΟΣΗ:

ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ ΖΩΗΣ:	ΚΑΘΑΡΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ:	Φ.Α.:	ΣΥΝΟΛΟ:
------------------	--------------------	-------	---------

ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ ΛΟΙΠΩΝ ΚΑΛΥΨΕΩΝ:	ΚΑΘΑΡΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ:	Φ.Α.:	ΣΥΝΟΛΟ:
-----------------------------	--------------------	-------	---------

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ FCA Bank GmbH, Υποκατάστημα Ελλάδα

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ: Από κοινού, η εταιρεία με την επωνυμία "Financial Assurance Company Limited" και έδρα το Λονδίνο Αγγλίας (Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, Λονδίνο W4 5HR) και το υποκατάστημα Ελλάδας της Εταιρείας "Financial Insurance Company Limited" το οποίο είναι εγκατεστημένο στο Δήμο Αθηναίων (οδός Κουμπάρη, αρ. 5) - οι οποίες αποτελούν μέλη του ομίλου εταιρειών της AXA S.A.

ΚΑΛΥΨΕΙΣ **Ασφάλεια Ζωής** (κάλυψη για όλους), **Μόνιμη Ολική Ανικανότητα** λόγω Ατυχήματος ή Ασθένειας (κάλυψη για όλους τους εργαζόμενους), **Προσωρινή Ανικανότητα** λόγω Ατυχήματος ή Ασθένειας (κάλυψη για ελεύθερους επαγγελματίες, δημοσίους υπαλλήλους, ημερομίσθιους και εποχικό προσωπικό) και **Ακούσια Ανεργία** (κάλυψη για εργαζόμενους με ιδιωτικού δικαίου σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου). Για ασφαλιζόμενους άνω των 65 ετών, οι καλύψεις «Ασφάλεια Ζωής» και «Μόνιμη Ολική Ανικανότητα» ισχύουν μόνο σε περίπτωση ατυχήματος.

4. ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Το παρόν έντυπο αποτελεί βεβαίωση για τη συμμετοχής σας στο Συμβόλαιο Ομαδικής Ασφάλισης, με αριθμό 10017007 που έχει συναφθεί μεταξύ της FCA Bank GmbH, Υποκατάστημα Ελλάδα και της Ασφαλιστικής Εταιρείας. Η βεβαίωση περιγράφει τους όρους συμμετοχής στο πρόγραμμα σύμφωνα με τις διατάξεις του ανωτέρω Συμβολαίου Ομαδικής Ασφάλισης.

5. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων από την Ασφαλιστική Εταιρεία ή/ και τρίτους κατ' εντολή και για λογαριασμό της έχετε ενημερωθεί πλήρως στο πλαίσιο της Αίτησης Υπαγωγής στο Πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης (ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ).

6. ΑΙΤΙΑΣΕΙΣ

Ο Ασφαλισμένος δύναται να αναγγείλει οποιοσδήποτε αιτίσεις του αναφορικά με το ασφαλιστικό πρόγραμμα στην Ασφαλιστική Εταιρεία είτε τηλεφωνικά, στον αριθμό: 210 3380840 από Δευτέρα - Παρασκευή 09:00 - 17:00, εξαιρουμένων των εθνικών αργιών είτε εγγράφως, στην ακόλουθη διεύθυνση: οδός Κουμπάρη, αριθμ. 5, 106 74, Αθήνα (υπόψη «Financial Insurance Company Limited»).

Η Ασφαλιστική Εταιρεία θα απαντήσει εγγράφως στην αίτηση του Ασφαλισμένου εντός 50 ημερών από την ημερομηνία λήψης αυτής. Η ενεργοποίηση της διαδικασίας χειρισμού αίτησης δε διακόπτει την παραγραφή των σχετικών έννομων αξιώσεων του Ασφαλισμένου. Σε κάθε περίπτωση, ο Ασφαλισμένος για την εξωδικαστική επίλυση του προβλήματός του μπορεί να αποταθεί στο Συνήγορο του Καταναλωτή, εντός έτους απ' όταν έλαβε πλήρη γνώση της τυχόν βλαπτικής για αυτόν πράξης ή παράλειψης της Ασφαλιστικής Εταιρείας (Τηλεφωνικά: 210 6460862, 210 6460814, 210 6460612, 210 6460734, 210 6460458. Μέσω φαξ: 210 6460414. Ταχυδρομικά: Λ. Αλεξάνδρας 144, ΤΚ 114 71, Αθήνα ή με αυτοπροσωπική παρουσία στην ίδια διεύθυνση. Με μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: grammateia@synigoroskatanaloti.gr).

...../...../.....

Δια την Ασφαλιστική Εταιρεία

Hervé Balzano
Chief Executive Officer