



(Τόπος, Ημερομηνία)

## ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

**Generali Hellas**  
Ανώνυμος Ασφαλιστική Εταιρία

**Κεντρικά Γραφεία:**  
Ηλία Ηλίου 35-37 & Πυθέου  
11743 Αθήνα  
T 210 80 96 400  
F 210 80 96 367

**Γραφείο Β. Ελλάδος:**  
26<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 38-40  
3<sup>ης</sup> όροφος  
54627 Θεσσαλονίκη  
T 2310 551 144  
F 2310 552 282

generali.gr

Υπογράφω αυτήν την Εξουσιοδότηση με την ιδιότητα του Ασφαλισμένου στην Ασφαλιστική Εταιρία Generali Hellas A.A.E. με Ασφαλιστήριο Ζωής και Υγείας.

Στον παρακάτω πίνακα ακολουθούν τα στοιχεία μου καθώς και του Ασφαλιστηρίου.

### Στοιχεία Ασφαλιστηρίου

Όνοματεπώνυμο:

Όνομα Πατρός:

Διεύθυνση Κατοικίας:

Αριθμός Α.Δ.Τ.:

Α.Φ.Μ.:

Αριθμός Ασφαλιστηρίου:

Με αυτήν την εξουσιοδότηση δηλώνω ότι συναινώ και επιθυμώ, για διευκόλυνσή μου, ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής του Ασφαλιστηρίου μου να συμμετέχει ενεργά, σε όλα τα στάδια διαχείρισής του, καθώς και στη διαδικασία των αποζημιώσεών μου.

Κατά συνέπεια εξουσιοδοτώ τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή του Ασφαλιστηρίου μου και του χορηγώ την ειδική εντολή και πληρεξουσιότητα:

- Να ενεργεί στο όνομά μου και για λογαριασμό μου και προς το συμφέρον μου και
- Να υποβάλει στην Generali Hellas A.A.E., κατά τη διάρκεια ισχύος του παραπάνω ασφαλιστηρίου μου, απολογιστικά αιτήματα αποζημίωσης εξόδων μου για Γιατρούς, Εξετάσεις και Πρόσθετες Δαπάνες Χωρίς Νοσηλεία

καταχωρώντας στα πληροφοριακά της συστήματα, δηλώσεις ή άλλα στοιχεία που θα του έχω παραδώσει και τα οποία θα περιλαμβάνουν προσωπικά μου δεδομένα, (συμπεριλαμβανομένων δεδομένων υγείας μου). Τα δεδομένα αυτά απαιτούνται από την Generali Hellas A.A.E. προς το σκοπό διεκπεραίωσης των αιτημάτων μου, ελέγχου και αξιολόγησης των απαιτήσεών μου και καταβολής των δικαιούμενων ασφαλιστικών αποζημιώσεων.

\_\_\_ Εξουσιοδοτ \_\_\_\_\_

(Υπογραφή)