

Ο Υπογράφων παρέθεσα τα παραπάνω στοιχεία αβίαστα και με την θέλησή μου και ρητά δηλώνω ότι γνωστοποιώ τα ανωτέρω προσωπικά στοιχεία μου και ενσυνειδήτως και εν γνώσει μου ότι αυτά είναι απαραίτητα για : **(1)** Έρευνα αγοράς προς ασφάλιση, **(2)** Έκδοση Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου Κλάδου και **(3)** Συνεχή ενημέρωση. Τα δε πρόσωπα διαμεσολάβησης τελούν εν γνώσει των διατάξεων του Ν.2472/97 διαβεβαιώνουν ότι τα στοιχεία αυτά είναι απολύτως απαραίτητα και η χρήση τους αποσκοπεί αποκλειστικά στην εκτέλεση των ανωτέρω εντολών μου.

Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι εξουσιοδοτώ την προαναφερόμενη Επιχείρηση Ασφαλιστικής Διαμεσολάβησης **ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΑΝΤΙΩΤΗ** ως φυσικό ή νομικό πρόσωπο και ασφαλιστικό μου διαμεσολαβητή μαζί με τα φυσικά πρόσωπα και τους Διαχειριστές νομικών προσώπων ή Έμμεσων Συνεργατών του, να χρησιμοποιούν τα στοιχεία που παραθέτω αβίαστα και με την θέλησή μου, κατά τη κρίση τους και με τρόπο που κάθε φορά αυτοί θεωρούν δόκιμο, έτσι ώστε να με καλύπτουν ασφαλιστικά, να με ενημερώνουν πωλησιακά για θέματα που ασχολούνται ή που θεωρούν σημαντικά και να με ενημερώνουν για τη ασφαλιστική σύμβαση που συνάπτεται από την ίδια ή τους συνεργάτες τους φυσικά ή νομικά πρόσωπα, που απασχολούνται ή εκπροσωπούν με οποιοδήποτε τρόπο, να μελετούν και να καλύπτουν κατά την απόλυτη κρίση τους ως Ασφαλιστικοί Διαμεσολαβητές και Σύμβουλοι Πωλήσεων τις ανάγκες μου στις Ασφαλιστικές Εταιρίες, όπως υπάρχουσες ασφαλιστικές συμβάσεις ή νέες προτάσεις από Ασφαλιστή σε άλλον Ασφαλιστή αρκεί να μην αλλοιώνονται οι όροι σε βάρος μου στις καλύψεις που αρχικά έχω επιλέξει κλπ.

Εξουσιοδοτώ να στέλνουν αντί εμού, αίτηση για έκδοση ή μετατροπής ασφαλιστηρίων συμβολαίων μου, μετά από ενημέρωση τηλεφωνική ή με SMS ή FAX ή E-mail ή γραπτά και να διαμεσολαβούν στις επιλογές που κάθε φορά δίνω ή επιλέγω για τις ανάγκες μου. Δηλώνω ότι αποδέχομαι η ενημέρωσή μου με οποιοδήποτε τρόπο και να γίνει, από τους παραπάνω είναι εφικτό, αρκεί να υπάρχει επανάληψη προσπάθειας ενημέρωσης, τουλάχιστον δύο (2) φορές. Μετά την δεύτερη προσπάθεια ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής μου μπορεί να προβεί σε επιστροφή της Σύμβασης για ακύρωση στην εταιρία, χωρίς να έχει άλλη υποχρέωση. Αν τυχόν ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής μου προβεί σε εξόφληση των ασφαλίσεων για λογαριασμό μου, τότε αναγνωρίζω ως χρέος μου τα ασφάλιστρα στον Διαμεσολαβητή μου και οφείλω άμεσα την καταβολή τους.

Τόπος Υπογραφής

Ο/Η Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής

Ο / Η Δηλών / Δηλούσα

Ημερομηνία