



## Αναγγελία ζημιάς

### Alpha Feel Safe

Κλάδος:

Αρ. συμβολαίου:

#### Στοιχεία ασφαλισμένου

Όνοματεπώνυμο:  Τηλ. επικοινωνίας:

A.Φ.Μ.:  email:

Διεύθυνση:

Αρμόδιος επικοινωνίας: (εάν είναι διαφορετικός από τον ασφαλισμένο)

Τηλ. επικοινωνίας:

#### Στοιχεία συμβάντος

Ημερ/νία απώλειας:

#### Σύντομη Περιγραφή Συμβάντος

  
  
  

Εξουσιοδοτώ ανέκκλητα την ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, όπως αιτηθεί αντ' εμού και για λογαριασμό μου προς την ALPHA BANK (Διεύθυνση Καρτών και Χρηματοδοτήσεως ιδιωτών) την έκδοση και λήψη βεβαίωσης για τη διακοπή της/των ασφαλισμένης/ων κάρτας/καρτών εκδόσεως της ALPHA BANK των οποίων είμαι κάτοχος, λόγω του περιγραφόμενου συμβάντος, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί ως δικαιολογητικό για την αποζημίωσή μου βάσει του προγράμματος Alpha Feel Safe.

Γνωρίζω ότι προκειμένου να ενημερωθώ για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από την ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε., δύναμαι να ανατρέξω στον ιστότοπο <https://www.axa.gr/el/proswpika-dedomena/>.

Ημερομηνία

Υπογραφή συμβαλλομένου

Σημείωση: Το έντυπο υπογράφεται από τον Συμβαλλόμενο/Ασφαλισμένο και αποστέλλεται με email στο [nmclaims@axa.gr](mailto:nmclaims@axa.gr) ή με Fax στο 210 72 68 832.

#### ΔΗΜΟΣΙΟ

ΑΧΑ Ασφαλιστική - Μιχαλακοπούλου 48 - 115 28 Αθήνα  
Τηλέφωνα: +30 210 72 68 000, 801 111 222 333 - Φαξ: +30 210 72 68 810 Email: [info@axa.gr](mailto:info@axa.gr) - [www.axa.gr](http://www.axa.gr)

A.Φ.Μ.: 094005265 ΔΟΥ: ΦΑΕ ΑΘΗΝΩΝ ΑΡ. Μ.Α.Ε.: 12850/5/Β/86/30 Γ.Ε.Μ.Η.: 232201000