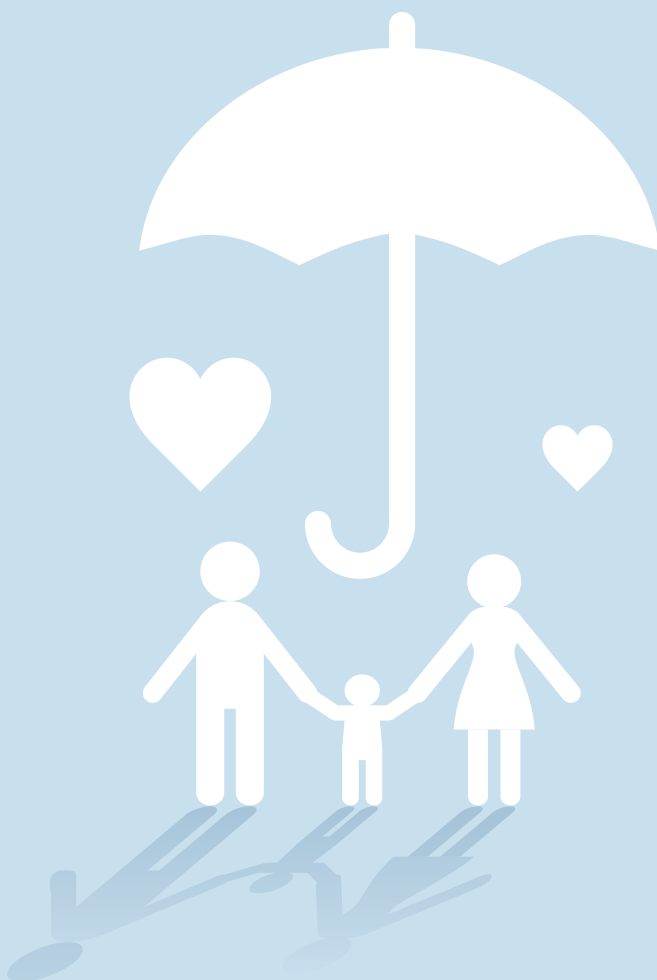


Ασφαλίσεις Ζωής & Υγείας

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΛΑΔΟΥ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ



ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ:

- | | |
|---|---|
| ☐ ΝΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ | |
| ☐ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΤΗΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ | <input type="text"/> ΑΙΤΗΣΗΣ ΝΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ |
| ☐ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΥΠ' ΑΡΙΘ | <input type="text"/> ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ |
| ☐ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΥΠ' ΑΡΙΘ | <input type="text"/> ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΧΩΡΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ |
| ☐ ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΥΠ' ΑΡΙΘ | <input type="text"/> ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ |

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΧΩΡΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η Α Ι Τ Η Σ Η Σ Υ Μ Π Λ Η Ρ Ω Ν Ε Τ Α Ι Μ Ε Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Α Γ Ρ Α Μ Μ Α Τ Α

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:
ή ΕΠΩΝΥΜΙΑ (αφορά σε νομικά πρόσωπα):	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:	
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΦΥΛΟ (Α/Θ):	ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ		
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ 1 ^η :	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ 2 ^η :	ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:
ή (σε περίπτωση αλλοδαπού υπήκοου)	ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ ή ΑΔΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ:	ΧΩΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:
ΑΦΜ:	ΔΟΥ:	ΑΜΚΑ:
ΑΦΜ: (άλλης χώρας, σε περίπτωση που είναι φορολογικά υπόχρεος / διαθέτει ΑΦΜ και σε άλλη χώρα):		
ΧΩΡΑ ΦΟΡΟΛ. ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ:		
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:	ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ:	
ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ:	
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ:	ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ (αναλυτικά αν ασκείται):	

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΠΟΛΗ:	T.K.:	ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ:
	ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:		
ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΟΛΗ:	T.K.:	ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ:
	ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:		
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ*	ΠΟΛΗ:	T.K.:	ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ:
	ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:		
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ:	email:		

* Σε περίπτωση που δεν συμπληρωθούν τα στοιχεία επικοινωνίας, λαμβάνονται υπόψη τα στοιχεία της κατοικίας του Συμβλλόμενου

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Συμπληρώνεται μόνο όταν ο Ασφαλισμένος και ο Συμβλλόμενος δεν είναι το ίδιο πρόσωπο

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΦΥΛΟ (Α/Θ):	ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ		
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ 1 ^η :	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ 2 ^η :	ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:
ή (σε περίπτωση αλλοδαπού υπήκοου)	ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ ή ΑΔΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ:	ΧΩΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:
ΑΦΜ:	ΔΟΥ:	ΑΜΚΑ:
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:	ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ:	
ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ:	
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ:	ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ (αναλυτικά αν ασκείται):	

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΠΟΛΗ:	T.K.:	ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ:
	ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:		
ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΟΛΗ:	T.K.:	ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ:
	ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:		
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΠΟΛΗ:	T.K.:	ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ:
	ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:		
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ:	email:		

Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

ΣΥΖΥΓΟΣ-ΝΟΜΙΜΟΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ:

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΦΥΛΟ (Α/Θ): ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ:

ΑΦΜ: ΔΟΥ: ΑΜΚΑ:

ΠΑΙΔΙΑ:

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΦΥΛΟ (Α/Θ): ΑΜΚΑ:

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____ ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΦΥΛΟ (Α/Θ): ΑΜΚΑ:

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΦΥΛΟ (Α/Θ): ΑΜΚΑ:

Σε περίπτωση ύπαρξης επιπλέον παιδιών παρακαλώ συμπληρώστε στην Ενότητα Δ. «ΑΙΤΗΜΑΤΑ»

A. AITHMATA

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα αιτήματά σας.

Ε. ΔΗΛΩΣΕΙΣ

Ι. ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις και τα στοιχεία που αναφέρονται στην παρούσα είναι πλήρη και ακριβή και ότι δεν απέκρυψα, αποσιώπησα ή παράλειψα κανένα ουσιώδες στοιχείο για να κάνει η Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» εκτίμηση του κινδύνου που αναλαμβάνει για τα πρόσωπα που προτείνονται για ασφάλιση και αποδέχομαι να ασφαλιστώ με βάση αυτά. Στο πλαίσιο αυτό δηλώνω ότι ενημερώθηκα ότι με βάση την ασφαλιστική νομοθεσία αποτελεί προϋπόθεση για την εγκυρότητα της ασφαλιστικής σύμβασης η δήλωση από τον λήπτη της ασφάλισης/ασφαλισμένο όλων των στοιχείων που είναι αναγκαία για τον έλεγχο της ασφαλισιμότητάς του, σε περίπτωση δε παράβασης της σχετικής υποχρέωσης η Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» έχει δικαίωμα καταγγελίας της ασφαλιστικής σύμβασης.

Επίσης, δέχομαι ότι:

- Η παρούσα αίτησή μου αποτελεί τη βάση για την αποδοχή και έκδοση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου από την ασφαλιστική εταιρία και αποτελεί τμήμα του. Το ίδιο ισχύει και για τις αιτήσεις μετατροπής ή αιτήσεις επαναφοράς σε ισχύ συμβολαίου που ακυρώθηκε.
- Η ασφαλιστική κάλυψη, είτε πρόκειται για έκδοση νέου συμβολαίου, είτε για μετατροπή ή επαναφορά συμβολαίου σε ισχύ, αρχίζει μετά την αποδοχή της πρότασης ασφάλισης, μετατροπής ή επαναφοράς με την έκδοση νέου ασφαλιστηρίου συμβολαίου ή πρόσθετης πράξης και εφόσον έχει εξοφληθεί το πρώτο ασφάλιστρο ή η πρώτη δόση του ασφαλιστρού εάν έχει συμφωνηθεί τμηματική καταβολή. Στην περίπτωση που η εταιρία αποδεχτεί την αίτηση μετατροπής και εκδώσει νέο ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή πρόσθετη πράξη, η κάλυψη του ασφαλισμένου θα γίνει με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου που τροποποιήθηκε. Βασική προϋπόθεση κάλυψης του ασφαλισμένου ή και των εξαρτώμενων μελών είναι να μην έχει αλλάξει μέχρι τότε η κατάσταση υγείας τους, καθώς και οι υπόλοιπες συνθήκες που επηρεάζουν την ασφαλισιμότητά τους. Στην περίπτωση αυτή ο συμβαλλόμενος ή τα ανωτέρω πρόσωπα αυτά οφείλουν να δηλώσουν άμεσα στην εταιρία κάθε μεταβολή στην κατάσταση της υγείας τους. Παράλληλα ρητά δηλώνω ότι σε περίπτωση που ο ίδιος ασφαλισμένος ή κάποιο εκ των εξαρτώμενων μελών ασφαλιστεί σε άλλη ασφαλιστική εταιρία με παροχές ίδιες ή συναφείς με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, που θα καταρτιστεί με βάση την παρούσα αίτηση, αναλαμβάνω ρητά την υποχρέωση να ενημερώσω άμεσα εγγράφως την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ».
- **Τέλος, υπέχω υποχρέωση** να συμπληρώσω πλήρως όλες τις αναφερόμενες στην αίτηση πληροφορίες και πεδία και να δηλώσω εκ νέου οιαδήποτε πληροφορία έχει δηλωθεί στο παρελθόν εκ μέρους μου ή έχει συλλεγεί νομίμως στο πλαίσιο αιτήσεων ασφάλισης που έχουν υποβληθεί στο παρελθόν (ανεξάρτητα εάν έγιναν δεκτές ή όχι) ή στο πλαίσιο προηγούμενων ασφαλιστηρίων συμβολαίων (λ.χ. κατά την υποβολή αιτημάτων αποζημίωσης).

2. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ-ΔΗΛΩΣΗ FATCA ΗΠΑ-ΚΟΙΝΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΟΟΣΑ (CRS) ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ (DAC2) - Ε.Ε. ΠΡΟΣ ΤΗΝ Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ»

Η Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», σε συμμόρφωση με το Νόμο 4493/2017 περί Φορολογικής Συμμόρφωσης των Λογαριασμών της Αλλοδαπής (εφεξής Foreign Accounts Tax Compliance Act-FATCA), υποχρεούται να εντοπίζει τους πελάτες της (πεδία Θ1 έως Θ7) οι οποίοι είναι φορολογικά υπόχρεοι στις Η.Π.Α., για τους οποίους, σύμφωνα με τη FATCA, υπάρχουν υποχρεώσεις αναφοράς για τους χρηματοοικονομικούς οργανισμούς και τα ασφαλιστικά προϊόντα που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής της.

Πέραν της ανωτέρω υποχρέωσης, η Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», σε συμμόρφωση με τον **Ν.4170/2013**, ως έχει τροποποιηθεί και ισχύει για την υποχρεωτική αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών στο φορολογικό τομέα μεταξύ των Κρατών Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και το Κοινό Πρότυπο Αναφοράς (Common Reporting Standard "CRS"), που αναπτύχθηκε από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) κι ενσωματώθηκε στην ελληνική Νομοθεσία με τον **Νόμο 4428/2016** για την Υποχρεωτική Αυτόματη Ανταλλαγή Πληροφοριών στο Φορολογικό Τομέα μεταξύ κρατών-μελών του ΟΟΣΑ, υποχρεούται να εντοπίζει τους πελάτες της οι οποίοι είναι φορολογικά υπόχρεοι σε οποιοδήποτε άλλο κράτος-μέλος της Ε.Ε. ή του ΟΟΣΑ, για τους οποίους σύμφωνα με το ανωτέρω κανονιστικό πλαίσιο, υπέχει υποχρέωση εφαρμογής κανόνων δέουσας επιμέλειας για τα ασφαλιστικά προϊόντα που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής αυτών και υποβολής στοιχείων προς την ορισθείσα ως αρμόδια Ελληνική Αρχή για τη λήψη των στοιχείων αυτών βάσει των ανωτέρω νομοθετικών /κανονιστικών πράξεων.

Για τη συμμόρφωση με τη FATCA ΗΠΑ, **παρακαλούμε να διαβάσετε με προσοχή τις κατωτέρω δηλώσεις και να θέσετε υποχρεωτικά Χ σε όλα τα σχετικά πεδία ΝΑΙ ή ΟΧΙ.**

Δηλώνω ότι :

- (Θ1). Έχω γεννηθεί στις Η.Π.Α.
 (Θ2). Είμαι πολίτης των Η.Π.Α./Έχω Αμερικανική Υπηκοότητα.
 (Θ3). Διαθέτω διαβατήριο που έχει εκδοθεί από τις Η.Π.Α.
 (Θ4). Θεωρούμαι κάτοικος Η.Π.Α. για φορολογικούς λόγους.
 (Θ5). Είμαι κάτοχος πράσινης κάρτας εκδοθείσα από τις αρχές των Η.Π.Α.
 (Θ6). Διαθέτω στις Η.Π.Α. οιοδήποτε από τα παρακάτω:
 - οποιαδήποτε ταχυδρομική διεύθυνση
 - αριθμό τηλεφώνου
 - λογαριασμό τηρούμενο στις Η.Π.Α.
 (Θ7). Έχω χορηγήσει ή πρόκειται να χορηγήσω πληρεξούσιο ή εξουσιοδότηση υπογραφής στο πλαίσιο της παρούσας Ασφαλιστικής Σύμβασης σε πρόσωπο με διεύθυνση στις Η.Π.Α.

Εφόσον έχει σημειωθεί θετικά έστω και μία ένδειξη, τότε προσκομίζω ένα από τα ακόλουθα έντυπα: W9 ☐ W8 ☐

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

ΝΑΙ ΟΧΙ

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

ΝΑΙ ΟΧΙ

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

☐	☐
--------------------------	--------------------------

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Για τη συμμόρφωση με την ανωτέρω νομοθεσία ΟΟΣΑ (CRS) -Ε.Ε. (DAC2) σε περίπτωση που είμαι φορολογικός κάτοικος/φορολογικά υπόχρεος σε άλλο κράτος πλην της Ελλάδας, οφείλω να δηλώσω αυτό στο σχετικό πεδίο της πρώτης σελίδας της αίτησης συμπληρώνοντας τον Αριθμό Φορολογικού Μητρώου μου ή τον αντίστοιχο αριθμό ταυτοποίησης φορολογούμενου και το κράτος φορολογικής κατοικίας/υποχρέωσης.

Περαιτέρω, ρητά δηλώνω και αναλαμβάνω την υποχρέωση να προσκομίσω στην Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» τα τυχόν αιτούμενα από αυτήν έντυπα ή πληροφορίες βάσει της ανωτέρω νομοθεσίας, σε περίπτωση που έχει απαντηθεί θετικά οποιαδήποτε από τις παραπάνω δηλώσεις ή σε περίπτωση που είμαι φορολογικός κάτοικος/διαθέτω φορολογικό μητρώο σε άλλο κράτος πλην της Ελλάδας, που εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής των ανωτέρω νομοθετικών/κανονιστικών πράξεων. Σε περίπτωση που προχωρήσει η σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης και δεν υπάρξει ανταπόκρισή μου στην υποβολή των απαιτούμενων πληροφοριών ή εντύπων, η Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» έχει το δικαίωμα, να προβεί σε αναφορά των στοιχείων μου στην αρμόδια Αρχή του Υπουργείου Οικονομικών ή σε οιαδήποτε Αρχή, οριστεί ως αρμόδια για τη λήψη των στοιχείων αυτών βάσει των ανωτέρω νομοθετικών/κανονιστικών πράξεων. Ενημερώθηκα ότι σε περίπτωση που δε διαθέτω ελληνικό ΑΦΜ ή ΑΦΜ κράτους που εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής των ανωτέρω νομοθετικών/κανονιστικών πράξεων είναι υποχρεωτικό για την κατάρτιση ασφαλιστηρίου συμβολαίου ζωής να αποκτήσω ελληνικό ΑΦΜ.

3. ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΙΚΩΣ ΕΚΤΕΘΕΙΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ (Π.Ε.Π.) (Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση του ΔΙ)

Α. Στο πλαίσιο της νομοθεσίας για «την πρόληψη και καταστολή της νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και της χρηματοδότησης της τρομοκρατίας», όπως ισχύει και των σχετικών με αυτή αποφάσεων και κανονιστικών πράξεων, οι ασφαλιστικές εταιρίες έχουν την υποχρέωση πριν συνάψουν ασφαλιστήρια συμβόλαια ή τροποποιήσουν αυτά ή πριν πραγματοποιήσουν συναλλαγές σε σχέση με αυτά, να εφαρμόζουν τα μέτρα Δέουσας Επιμέλειας που προβλέπει η ανωτέρω νομοθεσία. Συνεπώς, ο συμβαλλόμενος, ο ασφαλισμένος και ο δικαιούχος κατά περίπτωση, έχουν την υποχρέωση να χορηγούν κάθε έγγραφο και εν γένει πληροφορία που θα τους ζητηθεί από την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» στο πλαίσιο της ανωτέρω νομοθεσίας, σε διαφορετική περίπτωση η Εταιρία έχει νόμιμο δικαίωμα να μην προχωρήσει σε οιαδήποτε συνδιαλλαγή με αυτούς.

Β. Περαιτέρω, σύμφωνα με την ανωτέρω νομοθεσία, οι ασφαλιστικές εταιρίες έχουν την υποχρέωση να καθορίζουν αν ένας πελάτης είναι Πολιτικώς Εκτεθειμένο Πρόσωπο (Π.Ε.Π.), δηλαδή αν του είχε/έχει ανατεθεί σημαντικό δημόσιο λειτουργήμα ή αν είναι στενός συνεργάτης ή άμεσος στενός συγγενής προσώπου που του είχε ανατεθεί τέτοιο λειτουργήμα.

Αναλυτικότερα, ως Πολιτικώς Εκτεθειμένα Πρόσωπα (Π.Ε.Π.) νοούνται:

- 1) Τα φυσικά πρόσωπα στα οποία έχει ή είχε ανατεθεί σημαντικό δημόσιο λειτουργήμα (στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό), όπως:
 - Αρχηγός Κράτους, Αρχηγός Κυβερνήσεως / Πρωθυπουργός / Υπουργός / Αναπληρωτής Υπουργός / Υφυπουργός, Μέλος Κοινοβουλίου ή αντίστοιχου νομοθετικού σώματος
 - Μέλος Ανώτατου Δικαστηρίου ή Συνταγματικού Δικαστηρίου ή άλλων υψηλού επιπέδου δικαστικών οργάνων, οι αποφάσεις των οποίων δεν υπόκεινται σε περαιτέρω ένδικα μέσα πλην εξαιρετικών περιστάσεων, Μέλος Ελεγκτικού Δικαστηρίου
 - Μέλος Διοικητικού Οργάνου Πολιτικού Κόμματος
 - Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου Κεντρικής Τράπεζας
 - Πρεσβευτής / Επιτετραμμένος Διπλωμάτης
 - Υψηλόβαθμος Αξιωματικός Ενόπλων Δυνάμεων
 - Μέλος Διοικητικών, Διαχειριστικών ή Εποπτικών Οργάνων Κρατικών Επιχειρήσεων ή Δημόσιων Οργανισμών, Δ.Ε.Κ.Ο., Νοσοκομείων, Αξιοποίησης Περιουσίας Δημοσίου, κ.ο.κ.
 - Διευθυντές, Αναπληρωτές Διευθυντές και Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου ή πρόσωπα που κατέχουν ισοδύναμη θέση σε Διεθνείς Οργανισμούς.

Κανένα από τα ανωτέρω δημόσια λειτουργήματα δεν αφορά πρόσωπα που κατέχουν ενδιάμεσες ή χαμηλές θέσεις της υπαλληλικής ιεραρχίας.

- 2) Οι στενοί συγγενείς των ανωτέρω φυσικών προσώπων, δηλαδή:
 - οι σύζυγοι ή πρόσωπα εξομοιούμενα με συζύγους σύμφωνα με την εκάστοτε εθνική νομοθεσία, όπως εκείνα με τα οποία έχει συναφθεί σύμφωνο συμβίωσης σύμφωνα με το ελληνικό δίκαιο.
 - τα τέκνα και οι σύζυγοί τους ή πρόσωπα εξομοιούμενα με τους τελευταίους σύμφωνα με την εκάστοτε εθνική νομοθεσία.
 - οι γονείς.
- 3) Τα πρόσωπα που είναι γνωστά ως στενοί συνεργάτες, δηλαδή:
 - Οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο για το οποίο είναι γνωστό ότι (α) είναι μόνος ή από κοινού πραγματικός δικαιούχος νομικής οντότητας ή νομικού μορφώματος που έχει συσταθεί εν τοις πράγμασι προς όφελος Π.Ε.Π., (β) συνδέεται με Π.Ε.Π. με οποιαδήποτε άλλη στενή επιχειρηματική σχέση.

Γ. Κατανοώντας τα ανωτέρω, θέτοντας Χ στο σχετικό πεδίο:

	ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ
Δηλώνω ότι :		
(i). Δεν κατέχω, ούτε κατείχα κάποια από τις παραπάνω αναφερόμενες ιδιότητες, κατά το τελευταίο έτος	☐	☐
(ii). Κατέχω ή κατείχα κατά το τελευταίο έτος την/τις ιδιότητα/ες:	☐ _____	☐ _____

4. ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΕΝΤΥΠΩΝ

- Τέλος, δηλώνω ότι α) παρέλαβα το ενημερωτικό έντυπο με τις πληροφορίες για τα ασφαλιστικά προϊόντα (προσυμβατική ενημέρωση), που προβλέπονται από τη νομοθεσία, β) συμπλήρωσα και παρέδωσα στον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή το «ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ» και με βάση αυτά, αφού μου διευκρινίστηκαν από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή οι λόγοι που στήριξε την πρότασή του, σχημάτισα προσωπική άποψη για τις ασφαλιστικές μου ανάγκες και αποφάσισα με δική μου πρωτοβουλία την υποβολή της παρούσας αίτησης ασφάλισης.
- Δηλώνω ότι ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής, ο οποίος συνυπογράφει την παρούσα αίτηση με ενημέρωσε για τις πληροφορίες του (ταυτότητα, διεύθυνση, μητρώο κλπ) και μου παρέδωσε σχετικό έντυπο πληροφόρησης για τα στοιχεία του.

5. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ Ε.Ε.679/2016 - ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η Εταιρία Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» είναι υπεύθυνη για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων στο πλαίσιο του ανωτέρω ασφαλιστηρίου συμβολαίου και του συνημμένου στο παρόν εντύπου. Ειδικότερα, κατόπιν της υποβολής του συνημμένου στο παρόν έντυπο η Εταιρία θα προβεί σε επεξεργασία των δεδομένων σας, με σκοπό την προώθηση του αιτήματός σας και την εκτέλεση της συναλλακτικής μας σχέσης. Στο πλαίσιο αυτό θα επεξεργαστεί και οποιαδήποτε άλλα δεδομένα τα οποία θα μας γνωστοποιήσετε στο μέλλον είτε προφορικά είτε με οποιοδήποτε άλλο μέσο, έγγραφο ή ηλεκτρονικό μέσω των αρμόδιων, εξουσιοδοτημένων υπαλλήλων/ συνεργατών μας.

Η Εταιρία συμμορφούμενη με τις σχετικές διατάξεις του νέου Κανονισμού σχετικά με την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και την σχετική με αυτόν ελληνική νομοθεσία δεσμεύεται να προστατεύει τα προσωπικά σας δεδομένα καθώς θεωρεί ότι η ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων των πελατών ή/και υποψηφίων πελατών της αποτελεί σημαντικό και αναπόσπαστο τμήμα της διαχείρισης των εταιρικών πληροφοριών. Για το λόγο αυτό λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα ώστε να διασφαλίσει ότι τα προσωπικά δεδομένα είναι ασφαλισμένα και προστατευμένα από απώλεια, λανθασμένο χειρισμό, μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση, τροποποίηση ή αποκάλυψη και παρακαλούμε να μελετήσετε προσεκτικά την παρούσα Δήλωση προκειμένου να ενημερωθείτε σχετικά.

Επισημαίνουμε ότι για όσο χρόνο θα παραμένει σε ισχύ το ασφαλιστήριο συμβόλαιο σε σχέση με το οποίο υποβάλλετε το παρόν έντυπο, θα επεξεργαζόμαστε τα δεδομένα σας που είναι απαραίτητα για τη λειτουργία της, με βάση τη **ρητή συγκατάθεση** που θα μας χορηγήσετε στο παρόν στάδιο μέσω του συνημμένου εντύπου ή και σε **τυχόν άλλο μεταγενέστερο στάδιο**.

Σκοποί Επεξεργασίας των Δεδομένων σας:

• Κατά την υποβολή αίτησης για ασφάλιση:

Η Εταιρία επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα, προκειμένου να εκτιμήσει τον κίνδυνο στα πλαίσια της σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, να καθορίσει τους γενικούς και ειδικούς όρους αυτής, το ανάλογο ασφαλιστρο καθώς και για την εν γένει διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης καθ' όλη τη διάρκεια ισχύος της ή και μετά τη λήξη αυτής.

• Κατά την υποβολή αίτησης μετατροπής ή επαναφοράς:

Η Εταιρία επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα, για να εξετάσει το αίτημά σας.

• Στο πλαίσιο συμμόρφωσης της Εταιρίας με τις υποχρεώσεις που της επιβάλλονται από το ισχύον νομικό και κανονιστικό πλαίσιο:

Η Εταιρία επεξεργάζεται τα δεδομένα σας, κάνοντας ενδεχομένως χρήση και αυτοματοποιημένων μέσων και ιδίως για σκοπούς σχετικούς με την πρόληψη και καταστολή νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και τη χρηματοδότηση της τρομοκρατίας, την προσφορά τίτλων αξιών σε φυσικά πρόσωπα, αμερικανούς πολίτες ή κατοίκους, καθώς και την εφαρμογή της ελληνικής φορολογικής νομοθεσίας, της ευρωπαϊκής και ελληνικής νομοθεσίας για την υποχρεωτική αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών στο φορολογικό τομέα (Ν.4170/2013, Ν.4428/2016 Συμφωνία ΟΟΣΑ, Ν.4493/2017 Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ Ελλάδας και ΗΠΑ).

• Στο πλαίσιο προστασίας των εννόμων συμφερόντων μας αλλά και διασφάλισης σωστής εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων μας:

Ενδέχεται να πραγματοποιούμε συχνά ελέγχους, (συμπεριλαμβανομένων μέσω πιστοποιημένων αυτοματοποιημένων μέσων) για την εξεύρεση τρόπων βελτιστοποίησης των εσωτερικών διαδικασιών της Εταιρίας και αποτροπής απάτης σε βάρος της Εταιρίας.

Τι συνεπάγεται τυχόν άρνησή σας να χορηγήσετε τα Προσωπικά σας Δεδομένα:

Τυχόν άρνησή σας για χορήγηση των προσωπικών σας δεδομένων, πληροφοριών, στοιχείων ή εγγράφων που απαιτούνται για τους ανωτέρω σκοπούς θα έχει ως αποτέλεσμα την μη δυνατότητα εξέτασης του αιτήματός σας για σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης ή για παροχή κάλυψης/αποζημίωσης καθώς και αδυναμία εκπλήρωσης οποιασδήποτε υποχρέωσης της Εταιρίας απορρέει από την ασφαλιστική σύμβαση. Στο πλαίσιο αυτό σας υπενθυμίζουμε ότι οφείλετε να ειδοποιήσετε χωρίς καθυστέρηση την Εταιρία για οποιαδήποτε αλλαγή επέλθει στα προσωπικά σας δεδομένα. Την πληροφορία αυτή η Εταιρία θα την χρησιμοποιήσει περαιτέρω για να επικαιροποιήσει, ως οφείλει σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία, και προσωπικά σας δεδομένα που τηρεί όσον αφορά σε λοιπές υπηρεσίες ή/και προϊόντα, που έχετε λάβει ή/και λαμβάνετε από αυτή.

Διαδικασία Επεξεργασίας Δεδομένων και κατηγορίες αυτών:

Μετά την υποβολή αίτησης ασφάλισης, συμπληρωμένη σε όλα τα πεδία, προβαίνουμε, για τους λόγους που προαναφέραμε, σε κάθε πράξη ή σειρά πράξεων επεξεργασίας των δεδομένων σας και με τη βοήθεια αυτοματοποιημένων μέσων όπως π.χ. συλλογή, καταχώρηση, οργάνωση, διόρθωση, αποθήκευση, προσαρμογή, μεταβολή, ανάκτηση, αναζήτηση πληροφοριών με σκοπό την προώθηση της μεταξύ μας συναλλακτικής σχέσης.

Ειδικότερα θα προβούμε σε επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΔΠΧ), όπως είναι τα στοιχεία ταυτοποίησης, τα δεδομένα επικοινωνίας, τα δεδομένα πληρωμής, τα δεδομένα ασφάλισης που είναι απαραίτητα για τη σύναψη και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, και σε επεξεργασία των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΕΚΔΠΧ) όπως οι πληροφορίες που αφορούν την υγεία (φυσική κατάσταση, τυχόν ανικανότητες και αναπηρίες, ιατρικό ιστορικό, χορήγηση φαρμάκων κ.λπ.), οι πληροφορίες σε σχέση με την οικονομική / περιουσιακή κατάσταση και τους επενδυτικούς/ αποταμιευτικούς στόχους σας, κ.λπ.

Αποδέκτες ή/και Εκτελούντες την επεξεργασία:

Τα δεδομένα σας, στα πλαίσια της λειτουργίας της σύμβασης ασφάλισής σας, θα τύχουν επεξεργασίας από τα τμήματα που είναι αρμόδια για την ανάλυση του κινδύνου, για την λειτουργία του συμβολαίου σας, την εξυπηρέτηση των αιτημάτων σας και για την αποζημίωσή σας, όπως επίσης και από άλλα τμήματα στο πλαίσιο άσκησης των νομίμων λειτουργιών τους (ενδεικτικά Αναλογιστές, Νομική Υπηρεσία, Εσωτερικός Έλεγχος, Διαχείριση Κινδύνων, Κανονιστική Συμμόρφωση). Επίσης τα δεδομένα σας, στα πλαίσια της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης στο βαθμό που αυτό είναι αναγκαίο για την καλύτερη εξυπηρέτησή σας και την παροχή των υπηρεσιών/καλύψεων που προβλέπει η ασφαλιστική σύμβαση, μπορεί να διαβιβασθούν σε ή να συλλεγούν ή να τύχουν επεξεργασίας για το σκοπό παροχής υπηρεσιών προς εμάς από τους κάτωθι ενεργώντας ως εκτελούντες την επεξεργασία, ήτοι από: τη μητρική Εταιρία ή συνδεδεμένες επιχειρήσεις του ομίλου στον οποίο ανήκουμε, συνεργαζόμενους με την Εταιρία παρόχους, όπως ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, τράπεζες που ενεργούν ως ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές, αντισταθμιστές, συνεργαζόμενες ασφαλιστικές εταιρίες για την παροχή της κάλυψης, εισπράκτορες ή εταιρίες είσπραξης ασφαλιστρών, συνεργαζόμενες εταιρίες ενημέρωσης οφειλετών, πραγματογνώμονες, ερευνητές, συνεργαζόμενα/ες νοσοκομεία, κλινικές, νοσηλευτικά ιδρύματα, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, εταιρίες παροχής υπηρεσιών υγείας, εταιρίες παροχής συμβουλευτικών και ελεγκτικών υπηρεσιών υγείας, ιατρούς, εταιρίες παροχής επείγουσας μεταφοράς/αερομεταφοράς/διακομιδής, εταιρίες παροχής δεύτερης ιατρικής γνώμης, συνεργαζόμενες εταιρίες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, συνεργαζόμενες εταιρίες πληροφορικής, συνεργαζόμενες εταιρίες παροχής υπηρεσιών εκτύπωσης, οργάνωσης και παράδοσης εντύπων. Σε όλες τις ανωτέρω περιπτώσεις οι συνεργαζόμενοι με την Εταιρία οφείλουν να ενεργούν μόνον κατ' εντολή της και να έχουν εξουσιοδοτηθεί ειδικά για τον σκοπό αυτό καθώς δεσμεύονται πλήρως από το απόρρητο και τις υποχρεώσεις που προβλέπονται στη νομοθεσία σχετικά με τη συλλογή και επεξεργασία των ανωτέρω δεδομένων.

Επίσης, όπως προβλέπεται στη νομοθεσία, η Εταιρία ενδέχεται να γνωστοποιήσει τα δεδομένα σας σε δημόσιες υπηρεσίες, ασφαλιστικά ταμεία, σε δικαστικές, δημόσιες και ανεξάρτητες αρχές, όπως ενδεικτικά η Εποπτεύουσα Αρχή «Τράπεζα της Ελλάδος» (Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης/Δ.Ε.Ι.Α.),

η «Γενική Γραμματεία Καταναλωτή» του Υπουργείου Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας, η Ανεξάρτητη Αρχή «Συνήγορος του Καταναλωτή», αρμόδια Υπουργεία, Νομαρχίες, Υγειονομικές Περιφέρειες, Τελωνεία, Δ.Ο.Υ., Σ.Δ.Ο.Ε., Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Αστυνομικά Τμήματα, Εισαγγελικές Αρχές, ανεξάρτητες ελεγκτικές εταιρίες κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους, εφόσον αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για την πρόσδοση νομίμων δικαιωμάτων ή την εκπλήρωση υποχρεώσεων της Εταιρίας.

Επιπλέον, η Εταιρία, στα πλαίσια συμμόρφωσής της με τη νομοθεσία για την ανταλλαγή πληροφοριών χρηματοοικονομικών λογαριασμών στο φορολογικό τομέα (FATCA Ν.4493/2017 Μνημόνιο Συνεργασίας Ελλάδας-ΗΠΑ, Ν.4170/2013 για την υποχρεωτική αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών στο φορολογικό τομέα μεταξύ των Κρατών Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), Ν.4428/2016 Συμφωνία για την Υποχρεωτική Αυτόματη Ανταλλαγή Πληροφοριών στο Φορολογικό Τομέα μεταξύ κρατών-μελών του ΟΟΣΑ) υποχρεούται, μόνο εφόσον εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής αυτής, να προβαίνει σε συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων στο πλαίσιο της ταυτοποίησής σας ως προσώπου υπαγόμενου στην ανωτέρω νομοθεσία, των οποίων αποδέκτης, είναι η αρμόδια Ελληνική Αρχή (ΑΑΔΕ- Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Εσόδων) ή οιαδήποτε άλλη αρμόδια αρχή οριστεί.

Χρόνος Διατήρησης των Δεδομένων:

Η Εταιρία θα τηρεί και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα, σε έγχαρτη ή ηλεκτρονική μορφή, για όσο διάστημα διαρκεί η συμβατική μας σχέση. Σε περίπτωση που η σχέση διακοπεί ή λήξει με οποιονδήποτε τρόπο, θα τηρούμε τα δεδομένα σας για όσο χρόνο απαιτείται μέχρι να επέλθει η παραγραφή των σχετικών αξιώσεων και σε κάθε περίπτωση για όσο χρόνο απαιτείται από την φορολογική νομοθεσία, το εκάστοτε ισχύον νομικό και κανονιστικό πλαίσιο και τους εγκεκριμένους κώδικες δεοντολογίας.

Σε περίπτωση απόρριψης της αίτησής σας και μη σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, η Εταιρία θα τηρεί και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα μέχρι πέντε (5) έτη. Επισημαίνεται ότι εάν εκκρεμεί μεταξύ μας δικαστική διένεξη πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας θα τηρούμε τα δεδομένα σας μέχρι την περαίωση της δικαστικής υπόθεσης με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

Οι Δεσμεύσεις μας:

Δεσμευόμαστε να διατηρούμε τα δεδομένα σας ενημερωμένα και ακριβή, να τα αποθηκεύουμε και διαγράφουμε με ασφάλεια, να μην συλλέγουμε και διατηρούμε δεδομένα που δε μας είναι απαραίτητα, να προστατεύουμε τα δεδομένα σας από απώλεια, κακή χρήση, μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση ή αποκάλυψη αυτών και γενικά να εξασφαλίζουμε την ύπαρξη κατάλληλων τεχνικών και οργανωτικών μέτρων για την προστασία τους.

Τα Δικαιώματά σας σε σχέση με την επεξεργασία των Δεδομένων σας:

Μπορείτε να ασκήσετε:

- i) το δικαίωμα **πρόσβασης** για να ενημερωθείτε, κατόπιν αιτήματός σας, σχετικά με το κατά πόσον ή όχι τα προσωπικά σας δεδομένα υφίστανται επεξεργασία και επιπλέον να λάβετε αντίγραφο και περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με την πραγματοποιούμενη επεξεργασία,
- ii) το δικαίωμα **διόρθωσης** των ανακριβών προσωπικών σας δεδομένων ή τη συμπλήρωση των ελλείπων προσωπικών σας δεδομένων,
- iii) το δικαίωμα **διαγραφής** («δικαίωμα στη λήθη») των προσωπικών σας δεδομένων, εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επιδίωξη των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεγεί,
- iv) το δικαίωμα **περιορισμού της επεξεργασίας** σε περίπτωση αμφισβήτησης της ακρίβειας αυτών,
- v) το δικαίωμα **φορητότητας** των δεδομένων σας, ήτοι να λαμβάνετε τα δεδομένα σας σε δομημένο και κοινώς χρησιμοποιούμενο και αναγνώσιμο από μηχανήματα μορφότυπο, καθώς και το δικαίωμα να διαβιβάζετε τα εν λόγω δεδομένα σε άλλον υπεύθυνο επεξεργασίας,
- vi) το δικαίωμα **εναντίωσης** στην επεξεργασία αυτών, καθώς και το δικαίωμα **εξασφάλισης ανθρωπίνης παρέμβασης σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες**.

Για την άσκηση των παραπάνω δικαιωμάτων σας και για οποιοδήποτε ερώτημα, παράπονο που αφορά προσωπικά δεδομένα, μπορείτε να απευθύνεστε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων **με αποστολή e-mail** στη διεύθυνση parapona@insurance.nbg.gr, με θέμα GDPR, επισυνάπτοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρείτε στην ιστοσελίδα www.ethniki-asfaltiki.gr ή **με αποστολή σχετικής επιστολής**, με την ένδειξη “GDPR”, προς Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», Λεωφόρος Συγγρού 103-105, 117 45, εσωκλείοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρείτε στην ιστοσελίδα www.ethniki-asfaltiki.gr. Τα δικαιώματα ασκούνται χωρίς κόστος για εσάς, εκτός και αν λόγω επανάληψης επιφέρουν διαχειριστικό κόστος για την Εταιρία. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση σχετικά με τη διαδικασία υποβολής, μπορείτε να επικοινωνήσετε στο τηλέφωνο 210 90 99777. Εφόσον ασκήσετε οποιαδήποτε από τα δικαιώματά σας αυτά, θα λάβουμε κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίηση του αιτήματός σας εντός 30 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του σχετικού αιτήματος αφού σας ενημερώσουμε είτε για την ικανοποίησή του είτε για τους αντικειμενικούς λόγους που εμποδίζουν την ικανοποίησή του.

Επισημαίνουμε ότι μπορείτε οποιαδήποτε στιγμή να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων σας που έχουν συλλεγεί για τους σκοπούς της σύμβασης ασφάλισης. Ωστόσο, σας δηλώνουμε ότι η ανάκληση της συγκατάθεσής σας όπως και η άσκηση του δικαιώματος εναντίωσης στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας, δεν επηρεάζει την τυχόν επεξεργασία που έχει ήδη πραγματοποιηθεί μέχρι τη στιγμή αυτής, αλλά ότι θα έχει ως συνέπεια είτε τη μη σύναψη της σύμβασης είτε την αδυναμία ικανοποίησης οιασδήποτε αιτήματος και εκπλήρωσης οποιασδήποτε υποχρέωσης της εταιρίας, που απορρέει από αυτήν δεδομένου ότι καμία ασφαλιστική σύμβαση δεν δύναται να λειτουργήσει χωρίς την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων του λήπτη της ασφάλισης ή /και του ασφαλισμένου ή/και του δικαιούχου του ασφαλισματος. Σε περίπτωση που θεωρείτε ότι θίγεται κατά οποιονδήποτε τρόπο η προστασία των προσωπικών σας δεδομένων, διατηρείτε το δικαίωμα να προσφύγετε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας:

Ιστοσελίδα: www.dpa.gr, Ταχυδρομική Διεύθυνση: Λεωφόρος Κηφισίας Ι-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα

Τηλεφωνικό Κέντρο: +30 210 6475600, Fax: +30 210 6475628, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: complaints@dpa.gr

ΔΗΛΩΣΕΙΣ - ΣΥΝΑΙΝΕΣΕΙΣ - ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΕΙΣ**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ
ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

Δηλώνω ότι:

- Ενημερώθηκα ρητώς για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που πραγματοποιεί η Εταιρία Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ».
- Έλαβα γνώση για τα δικαιώματά που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων μου.
- Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των δεδομένων μου είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης που αιτούμαι και ότι η μη παροχή συγκατάθεσης ή η τυχόν ανάκληση της συγκατάθεσής μου στο μέλλον ανάλογα με το χρόνο άσκησης θα έχουν ως συνέπεια είτε την μη ολοκλήρωση της σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, είτε σε περίπτωση άσκησης μετά τη σύναψή της την αδυναμία ικανοποίησης οιοδήποτε αιτήματος και εκπλήρωσης οποιασδήποτε υποχρέωσης της Εταιρίας, που απορρέει από αυτήν.
- Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην παραπάνω εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μου.

**ΕΙΔΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ
ΓΙΑ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ/ΠΡΟΩΘΗΤΙΚΟΥΣ/ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ**

Ενημερώθηκα ρητώς, ότι υπό την προϋπόθεση της κατωτέρω ειδικής ρητής συναίνεσής μου θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Εταιρίας ή των εταιριών στον Όμιλο στον οποίο ανήκει ή για σκοπούς έρευνας σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών εκ μέρους της.

Για την επίτευξη του ως άνω σκοπού ενδέχεται να διαβιβαστούν δεδομένα μου σε συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών. **Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα ειδική συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή ή να εναντιωθώ** στην επεξεργασία των δεδομένων μου μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην Εταιρία ως ορίζεται ανωτέρω.

- | | | |
|--------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| Ο Συμβαλλόμενος: | ☐ ΣΥΝΑΙΝΩ | ☐ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ |
| 1) Ο Ασφαλισμένος: | ☐ ΣΥΝΑΙΝΩ | ☐ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ |
| 2) Ο Ασφαλισμένος: | ☐ ΣΥΝΑΙΝΩ | ☐ ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ |

Οι κατωτέρω υπογράφωντες διάβασαν με προσοχή την παρούσα Ενημέρωση και τις Δηλώσεις Συναίνεσης για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων και τις αποδέχονται.

Ημερομηνία _____ Τόπος υπογραφής _____

A) Υπογραφή Συμβαλλόμενου/Λήπτη της Ασφάλισης _____

Ονοματεπώνυμο _____

B) Υπογραφή Ασφαλισμένου/ων* ή εξαρτώμενου/ων μέλους/μελών

1 _____ Ονοματεπώνυμο _____

2 _____ Ονοματεπώνυμο _____

3 _____ Ονοματεπώνυμο _____

4 _____ Ονοματεπώνυμο _____

5 _____ Ονοματεπώνυμο _____

* Συμπληρώνεται μόνο εάν είναι άλλο πρόσωπο από τον συμβαλλόμενο/λήπτη

Γ) Για ανήλικο (Υπογράφουν οι έχοντες την επιμέλεια του ασφαλισμένου/εξαρτώμενου μέλους).

Ονοματεπώνυμο ανηλίκου/ων 1) _____ 2) _____

Υπογραφή 1) _____ Ονοματεπώνυμο _____

Υπογραφή 2) _____ Ονοματεπώνυμο _____

ΣΤ. ΔΗΛΩΣΗ και ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΩΝ

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ
ΣΕ ΑΜΕΣΗ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΠΕΛΑΤΗ:**

ΚΩΔΙΚΟΣ: _____

ΑΡ. ΕΙΔ. ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

ΑΦΜ: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Δηλώνω ότι η αίτηση αυτή συμπληρώθηκε
και υπογράφηκε παρουσία μου



**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ
ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΜΕ ΕΤΑΙΡΙΑ
(Συμπληρώνεται μόνο εφόσον είναι
διαφορετικός από τον πρώτο):**

ΚΩΔΙΚΟΣ: _____

ΑΡ. ΕΙΔ. ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

ΑΦΜ: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ
(που φέρει την τελική ευθύνη επίβλεψης
του διαμεσολαβητή που έρχεται σε άμεση
επαφή με τον πελάτη)**

ΚΩΔΙΚΟΣ: _____

ΑΡ. ΕΙΔ. ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

ΑΦΜ: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:
