

Κωδικός Συνεργάτη:..... Κωδικός Πωλητή:..... Αρ. Ασφαλιστηρίου:.....

ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ:..... ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ:.....

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ – ΑΛΛΑΓΗ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ*

ΕΠΩΝΥΜΟ:	Α.Δ.Τ. / ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ:	
ΟΝΟΜΑ:	Α.Φ.Μ.:	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	Δ.Ο.Υ.:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΦΥΛΟ: Α <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/> ΥΨΟΣ (εκ.) / ΒΑΡΟΣ (κιλά): /	ΣΤΑΘΕΡΟ:	ΚΙΝΗΤΟ:
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ: 1. 2.	E-MAIL:	
ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ:		
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:		
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ:		
ΕΧΕΤΕ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΧΩΡΕΣ ΕΚΤΟΣ ΕΛΛΑΔΟΣ; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΕΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ:		
ΧΩΡΕΣ: 1. 2. 3.		
ΕΙΣΤΕ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΑ ΥΠΟΧΡΕΟΣ ΕΝΑΝΤΙ ΑΛΛΗΣ ΧΩΡΑΣ ΕΚΤΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ Η.Π.Α.;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΕΙΣΤΕ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΑ ΥΠΟΧΡΕΟΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ Η.Π.Α. **;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

**Σε περίπτωση που ο Αντισυμβαλλόμενος είναι νομικό πρόσωπο, τότε η ερώτηση αφορά στο νομικό πρόσωπο και στους πραγματικούς δικαιούχους του.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	T.K. :	ΠΟΛΗ:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:	T.K. :	ΠΟΛΗ:

Σε περίπτωση που ο Αντισυμβαλλόμενος είναι νομικό πρόσωπο σαν Δ/ση Εργασίας θεωρείται η Καταστατική έδρα της Εταιρείας.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ:	T.K. :	ΠΟΛΗ:
--------------------------	--------	-------

*Σε περίπτωση αλλαγής Αντισυμβαλλόμενου να τεθούν υπογραφές και από τους 2 (παλιός- νέος Αντισυμβαλλόμενος) στη θέση υπογραφή Αντισυμβαλλόμενου (τελευταία σελίδα)

(Για κάλυψη ΑΠΑ Αντισυμβαλλόμενου απαιτείται και συμπλήρωση του συνημμένου Ερωτηματολογίου)

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ:	Α.Δ.Τ. / ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ:	
ΟΝΟΜΑ:	Α.Φ.Μ.:	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	Δ.Ο.Υ.:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΦΥΛΟ: Α <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/> ΥΨΟΣ (εκ.) / ΒΑΡΟΣ (κιλά): /	ΣΤΑΘΕΡΟ:	ΚΙΝΗΤΟ:
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ: 1. 2.	E-MAIL:	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ:	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ:		
ΕΧΕΤΕ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΧΩΡΕΣ ΕΚΤΟΣ ΕΛΛΑΔΟΣ; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΕΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ:		
ΧΩΡΕΣ: 1. 2. 3.		
ΕΙΣΤΕ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΑ ΥΠΟΧΡΕΟΣ ΕΝΑΝΤΙ ΑΛΛΗΣ ΧΩΡΑΣ ΕΚΤΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ Η.Π.Α.;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΕΙΣΤΕ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΑ ΥΠΟΧΡΕΟΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ Η.Π.Α.;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	T.K. :	ΠΟΛΗ:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:	T.K. :	ΠΟΛΗ:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ:	T.K. :	ΠΟΛΗ:

ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)

ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΙΣΧΥ ΑΚΥΡΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ

Με την παρούσα αίτησή μου ζητώ την Επαναφορά σε ισχύ του ακυρωθέντος (ή ελευθεροποιηθέντος) Ασφαλιστηρίου μου, από την ημερομηνία διακοπής του.

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΛΥΨΕΩΝ

Για οποιαδήποτε μεταβολή (αύξηση ή μείωση κεφαλαίου, προσθήκη ή αφαίρεση κάλυψης) συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα.

ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΚΑΛΥΨΗΣ	ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΑΛΥΨΗΣ	ΑΛΛΑΓΗ ΑΣΦ. ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ (Κάλυψη / Κεφάλαιο)	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ: Σε περίπτωση προσθήκης νέου μέλους ή κάλυψης, αύξησης κεφαλαίου ή επαναφοράς σε ισχύ είναι ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ η συμπλήρωση του συνημμένου ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

	ΣΥΖΥΓΟΣ		ΠΑΙΔΙΑ	
	1° ΜΕΛΟΣ	2° ΜΕΛΟΣ	3° ΜΕΛΟΣ	4° ΜΕΛΟΣ
ΕΠΩΝΥΜΟ:				
ΟΝΟΜΑ:				
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:				
ΦΥΛΟ:	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:				
ΥΨΟΣ (εκ.) / ΒΑΡΟΣ (κιλά):	/	/	/	/
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:				
Α.Φ.Μ.:				
Δ.Ο.Υ.:				
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ:	Τ.Κ.:		ΠΟΛΗ:	

ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ:	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ:
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ:
ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ: ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

1. Ημερήσια κατανάλωση	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	ΣΥΖΥΓΟΣ
Καπνού:			
Οινοπνεύματος:			
2. Παρακαλούμε γνωρίστε μας			
Ταμείο Ασφάλισης:			
Αν έχετε Βιβλιάριο Ασθενείας:			
Το ερωτηματολόγιο αφορά τον Αντισυμβαλλόμενο, τον Ασφαλισμένο και τα Εξαρτώμενα μέλη.			NAI OXI
3. Έχετε εκπληρώσει τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις; (μόνο για άνδρες)			
4. Οδηγείτε δίκυκλο; (αναφέρατε cc)			
5. Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα, ανικανότητα, αναπηρία, δυσμορφία ή συγγενή πάθηση;			
6. Έχετε υποβάλει ποτέ αίτηση για ασφάλιση ή έχετε συνάψει Ασφαλιστήριο Ζωής, Υγείας ή και Ανικανότητας που έχει γίνει δεκτό ή απορριφθεί, ανασταλεί, ακυρωθεί, τροποποιηθεί, πήρε επασφάλιστρο ή δεν ανανεώθηκε;			
7. Έχετε λάβει ποτέ αποζημίωση από οποιαδήποτε ασφαλιστική Εταιρεία ή άλλο φορέα ασφάλισης για ανικανότητα από ατύχημα ή ασθένεια;			
8. Είστε αθλητής σε επαγγελματικό ή ερασιτεχνικό σωματείο; Έχετε κάποιο hobby ή ασχολείστε με extreme sports;			
9. Είστε αριστερόχειρας;			
10. Υποφέρουν ή υπέφεραν γονείς ή αδέρφια από διαβήτη, υπέρταση, καρδιακή πάθηση, καρκίνο ή άλλα κληρονομικά νοσήματα;			
11. Έχετε ασθενήσει ποτέ ή πάσχετε από:			
1. νοσήματα της καρδιάς ή του κυκλοφορικού συστήματος (π.χ. ισχαιμικές καρδιοπάθειες/ έμφραγμα, υπέρταση, αρρυθμίες, αγγειοπάθειες κ.λπ.);			
2. νοσήματα των λεμφαδένων ή του αίματος;			
3. νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα, εμφύσημα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.λπ.);			
4. νοσήματα του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ. παθήσεις του οισοφάγου, στομάχου, εντέρου, συκωτιού, παγκρέατος, χοληδόχου κύστης);			
5. νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος (π.χ. παθήσεις νεφρών, προστάτη, κύστης, γεννητικών οργάνων);			
6. ωτορινολαρυγγολογικά νοσήματα (π.χ. ρινικό διάφραγμα, αμυγδαλές, υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων);			
7. νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος (π.χ. αρθρώσεων, σπονδυλικής στήλης, μυών);			
8. νοσήματα του δέρματος;			
9. νοσήματα του εγκεφάλου ή του νευρικού συστήματος ή κάποια ψυχική νόσο;			
10. ενδοκρινολογικές παθήσεις (π.χ. θυρεοειδή, ωθηκών, υπόφυσης);			
11. ρευματικά νοσήματα (π.χ. ρευματικό πυρετό, ρευματοειδή αρθρίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα κ.λπ.);			
12. Είχατε ποτέ ή πάσχετε από:			
1. ραγάδες δακτυλίου, περιεδρικό απόστημα, συρίγγιο ή κύστη κόκκυγος;			
2. βουβωνοκήλη, ομφαλοκήλη ή άλλες κήλες;			
3. γυναικολογικές παθήσεις; (μόνο για γυναίκες) Είστε έγκυος;			
13. Έχετε παρουσιάσει ποτέ ή πάσχετε από καλοήγη νεοπλασμάτα (π.χ. λιπώματα) ή όγκο ή καρκίνο;			
14. Έχετε προσβληθεί ποτέ ή πάσχετε από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (π.χ. ηπατίτιδες, HPV λοίμωξη κ.λπ.);			
15. Έχετε κάποιο ελάττωμα στην ακοή, στην ομιλία ή στην όραση;			

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ (συνέχεια)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
16. Νοσηλευτήκατε ποτέ για οποιαδήποτε αιτία και πότε;		
17. Έχετε εμπλακεί σε οποιοδήποτε ατύχημα που να οδήγησε σε κάκωση μυών, οστών ή αρθρώσεων και γενικά του μυοσκελετικού συστήματος. Σε ποιες εξετάσεις υποβλήθήκατε; Ποια θεραπεία σας υπεδείχθη;		
18. Έχετε υποβληθεί (τα τελευταία 5 χρόνια) σε μικροβιολογικές, ακτινολογικές ή άλλες εξετάσεις;		
19. Πάσχετε από σακχαρώδη διαβήτη ή υπέρταση;		
20. Πήρατε ποτέ ή παίρνετε τώρα φάρμακα για οποιαδήποτε αιτία που σχετίζεται με χρόνια πάθηση (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση κ.λπ.);		
21. Έχετε περάσει άλλη ασθένεια, είχατε ή έχετε άλλα ενοχλήματα με περιπτώσεις που δεν έχουν αναφερθεί σε προηγούμενες ερωτήσεις;		

Αν απαντήσατε αρνητικά στην ερώτηση 3. ή καταφατικά στις ερωτήσεις από 4. μέχρι και 21., παρακαλούμε αναφέρατε λεπτομέρειες (ημερομηνία, περιγραφή, ιστορικό, όνομα γιατρού ή νοσοκομείου κ.λπ.) δίδοντας πιο κάτω στον Πίνακα «Διευκρινίσεις Ερωτηματολογίου», τον αριθμό της ερώτησης και το πρόσωπο που αφορά.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ Παρακαλούμε επεξηγήσατε λεπτομερώς τις καταφατικές σας απαντήσεις.

Στοιχεία θεράποντος ή οικογενειακού σας γιατρού (Όνοματεπώνυμο – Διεύθυνση –Τηλέφωνο):

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΡΟΠΟΥ / ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ: ΕΤΗΣΙΑ ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΑ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΜΗΝΙΑΙΑ

(Η μηνιαία πληρωμή ασφαλιστρων ισχύει μόνο με χρέωση πιστωτικής / χρεωστικής κάρτας ή πάγιας εντολής χρέωσης λογαριασμού).

ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ: με ΧΡΕΩΣΗ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ / ΧΡΕΩΣΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ*

με ΠΑΓΙΑ ΕΝΤΟΛΗ ΧΡΕΩΣΗΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ

ΑΛΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ

*Αφορά το συνεργάτη: Σε περίπτωση επιλογής πληρωμής των ασφαλιστρων μέσω χρέωσης πιστωτικής / χρεωστικής κάρτας που ανήκει σε άλλο πρόσωπο από τον Αντισυμβαλλόμενο, θα πρέπει να υποβληθούν στην Εταιρεία κατάλληλα υπογεγραμμένες η εξουσιοδότηση χρέωση πιστωτικής / χρεωστικής κάρτας του κατόχου αυτής και η δήλωση του αντισυμβαλλομένου που είναι αναρτημένες στο mySpot.

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΧΡΕΩΣΗΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ / ΧΡΕΩΣΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ

Ο υπογράφων την παρούσα δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ την Eurolife ERB A.E.A.Z. να χρεώνει την πιστωτική / χρεωστική μου κάρτα τύπου:

VISA

MASTERCARD

MAESTRO

με αριθμό*:

Ημερομηνία λήξης:

*εφόσον η συναλλαγή επιτρέπεται από την κάρτα σας

με το ποσό των εκάστοτε οφειλομένων ασφαλιστρων, όπως καθορίζεται στο Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο (καθώς και από τις τυχόν ανανεώσεις του ή τροποποιήσεις του) από την Eurolife ERB A.E.A.Z. Η παρούσα εξουσιοδότηση δε λήγει σε περίπτωση λήξης του χρόνου διάρκειας της πιστωτικής / χρεωστικής κάρτας, αλλά ισχύει και για τη νέα κάρτα που θα εκδοθεί σε ανανέωση της παλιάς κάρτας. Η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει μέχρι εγγράφου ανάκλησής της, κοινοποιούμενης στην Eurolife ERB A.E.A.Z.

Υπογραφή κατόχου κάρτας:

Ημερομηνία:

ΠΑΓΙΑ ΕΝΤΟΛΗ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Αριθμός Λογαριασμού:

Αριθμός Πάγιας Εντολής:

Ο υπογράφων δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ την Τράπεζα Eurobank Ergasias A.E. (εφεξής 'Τράπεζα') να χρεώνει αυτομάτως τον ως άνω τραπεζικό λογαριασμό, με το ποσό των εκάστοτε οφειλόμενων ασφαλιστρών, όπως καθορίζεται στο Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο (καθώς και από τις τυχόν ανανεώσεις του ή τροποποιήσεις του) με την Eurolife ERB A.E.A.Z. Η παρούσα εντολή ισχύει μέχρι εγγράφου ανάκλησής της, κοινοποιούμενης στην 'Τράπεζα'.

Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τους όρους της πάγιας εντολής που αναγράφονται παρακάτω.

Υπογραφή δικαιούχου του λογαριασμού:

Ημερομηνία:

Για την Τράπεζα Eurobank Ergasias A.E..

ΟΡΟΙ ΠΑΓΙΑΣ ΕΝΤΟΛΗΣ

- Σε περίπτωση μη εμπρόθεσμης εξόφλησης οποιασδήποτε δόσης ασφαλιστρών, λόγω μη ύπαρξης επαρκούς διαθεσίμου υπολοίπου στο λογαριασμό, η Eurolife ERB A.E.A.Z. δύναται να επιδιώκει την είσπραξή της με κάθε νόμιμο τρόπο.
- Ο χρεούμενος τραπεζικός λογαριασμός θα πρέπει να έχει επαρκές διαθέσιμο υπόλοιπο τουλάχιστον μία (1) ημέρα πριν την ημερομηνία πληρωμής εκάστης δόσεως ασφαλιστρών. Σε περίπτωση μη ύπαρξης υπολοίπου η Τράπεζα δεν υποχρεούται να ενημερώσει τον εντολέα.
- Η παρούσα παύει να ισχύει μόλις γνωστοποιηθεί εγγράφως στην Τράπεζα, ο θάνατος του εντολέα ή η ανάκληση της πάγιας εντολής. Επίσης η πάγια εντολή παύει να ισχύει από την επίκληση της εγγράφου κοινοποιήσεως στην Τράπεζα από την Eurolife ERB A.E.A.Z. κατάστασης με τις περιπτώσεις που η αίτηση ασφάλισης ακυρώθηκε, το ασφαλιστήριο δεν εξεδόθη ή έληξε, καθώς και τις περιπτώσεις που άλλαξε ο τρόπος πληρωμής.
- Για την εξόφληση δόσεων ασφαλιστρου με χρέωση τραπεζικού λογαριασμού τρίτου προσώπου, η εντολή υπογράφεται τόσο από τον δικαιούχο του τραπεζικού λογαριασμού, όσο και από τον υπόχρεο για την εξόφληση των ασφαλιστρών ή τον πιστούμενο πελάτη. Αντί του τελευταίου μπορεί να υπογραφεί εκπρόσωπός του βάσει έγγραφης εξουσιοδότησης, θεωρημένη αρμοδίας για το γνήσιο της υπογραφής του.
- Η Τράπεζα δεν ευθύνεται για τυχόν λάθη στο ποσό της χρέωσης του λογαριασμού του πελάτη, εφόσον αυτά δεν γίνονται από υπαιτιότητά της. Η ευθύνη βαραίνει αποκλειστικά την Eurolife ERB A.E.A.Z.
- Η Τράπεζα διατηρεί το δικαίωμα να κλείσει το λογαριασμό του εντολέα, εφόσον συντρέχουν νόμιμοι λόγοι προς τούτο.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥΣ, με βάση τον Κανονισμό ΕΕ 2016/679 και τη συναφή ελληνική νομοθεσία.

1. Τι δεδομένα συλλέγουμε;

Η ασφαλιστική εταιρεία (εφεξής «Εταιρεία»), τα πλήρη στοιχεία της οποίας αναγράφονται στην αρχή της παρούσας αίτησης (εφεξής «Αίτηση»), ενημερώνει, σύμφωνα με τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, εσάς, δηλαδή τα φυσικά πρόσωπα που υπογράφουν την Αίτηση, ότι συλλέγει και επεξεργάζεται προσωπικά τους δεδομένα, δηλαδή:

- Δεδομένα ταυτοποίησης: ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, ΑΔΤ, ΑΦΜ, ημερομηνία και τόπο γέννησης κ.λπ.
- Δεδομένα επικοινωνίας: ταχυδρομική και ηλεκτρονική διεύθυνση, αριθμό σταθερού και κινητού τηλεφώνου κ.λπ.
- Δεδομένα πληρωμής: αριθμούς τραπεζικών λογαριασμών, χρεωστικών/ πιστωτικών και λοιπών τραπεζικών καρτών κ.λπ., είτε για τη μέσω αυτών εξόφληση των ασφαλιστρών ή άλλων οικονομικών υποχρεώσεων προς την Εταιρεία, είτε για την πίστωση σε αυτούς οφειλόμενων ασφαλιστικών αποζημιώσεων ή άλλων αποδοτέων σε εσάς ποσών.
- Δεδομένα απαραίτητα για την ενδεχόμενη σύναψη και εκτέλεση της σύμβασης, ανάλογα με το αντικείμενο αυτής και τους καλυπτόμενους κινδύνους. Σε αυτό το πλαίσιο, μπορεί να τίθενται υπό επεξεργασία δεδομένα περιουσιακής κατάστασης ή περιουσιακών στοιχείων ή επενδυτικών ή αποταμιευτικών στόχων ή ειδικών δεδομένων, όπως δεδομένα υγείας ή δεδομένα περίθαλψης ή φαρμακευτικής αγωγής.
- Δεδομένα που είναι απαραίτητα για τον προσδιορισμό της κατά περίπτωση ασφαλιστικής αποζημίωσης ή/και του διακανονισμού των ασφαλιστικών αποζημιώσεων ή/και της εξαγοράς ασφαλιστικών δικαιωμάτων.

2. Από πού συλλέγονται τα δεδομένα;

Τα προσωπικά δεδομένα, περιλαμβανομένων των τυχόν ειδικών δεδομένων που συλλέγονται για την αξιολόγηση της Αίτησης, όπως και κατά τη λειτουργία της σύμβασης, εφόσον συναφθεί, προσκομίζονται:

- είτε από τον Αιτούντα-Υποκείμενο των Δεδομένων, απευθείας ή μέσω ασφαλιστικού διαμεσολαβητή,

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥΣ, με βάση τον Κανονισμό ΕΕ 2016/679 και τη συναφή ελληνική νομοθεσία. (συνέχεια)

- ή από τον αντισυμβαλλόμενο ή τον ασφαλισμένο, σε περίπτωση ασφαλίσεως υπέρ τρίτου,
- είτε αποστέλλονται στην Εταιρεία από συνεργαζόμενους παρόχους υπηρεσιών, όπως π.χ. νοσοκομείο ή ιατρικό διαγνωστικό κέντρο όπου το Υποκείμενο των Δεδομένων υπεβλήθη σε εξετάσεις ή νοσηλεύθηκε, κατόπιν εξουσιοδότησης αυτού για τη σχετική διαβίβαση, ή από την εταιρεία στην οποία εργάζεται το Υποκείμενο των Δεδομένων, εφόσον πρόκειται για ομαδικά ασφαλιστήρια, ή από την επιχείρηση στην οποία το Υποκείμενο απευθύνθηκε για την αποκατάσταση της επελθούσας υλικής ζημιάς κ.ο.κ., κατά περίπτωση.

3. Γιατί τα συλλέγουμε και πώς τα επεξεργαζόμαστε;

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που συλλέγει η Εταιρεία με την Αίτηση, καθώς και αυτά που θα συλλεγούν κατά τη λειτουργία της σύμβασης (ή συμβάσεων) που θα καταρτιστεί (-ούν), θα αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας από την ίδια ή/και από τρίτους που εκτελούν την επεξεργασία κατ' εντολή και για λογαριασμό της, για τους κάτωθι σκοπούς:

- Την εξέταση της Αίτησης, την ταυτοποίησή σας, την ένταξή σας σε μία ομοιογενή κατηγορία κινδύνων, την εκτίμηση του κινδύνου που η Εταιρεία καλείται να αναλάβει ή έχει αναλάβει, τη λήψη απόφασης για σύναψη σύμβασης ασφάλισης και τον υπολογισμό του ασφαλιστρού σας. Στο πλαίσιο της εκτίμησης κινδύνου, ενδέχεται να γίνει χρήση αυτοματοποιημένων μέσων ή και μεθόδων για τη λήψη απόφασης στο στάδιο της ανάληψης του κινδύνου.
- Την εκπλήρωση των υποχρεώσεων της Εταιρείας, που απορρέουν από τη σύμβαση ασφάλισης που θα συναφθεί μαζί σας, την ομαλή λειτουργία αυτής και την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Τη συμμόρφωση της Εταιρείας σε υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το εκάστοτε ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο και την πρόληψη και καταπολέμηση του αδικήματος της απίτητης κατά της Εταιρείας και των συνδεδεμένων με αυτήν εταιρειών παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών. Για την πρόληψη της απίτητης, ενδέχεται να γίνει χρήση αυτοματοποιημένων μέσων ή και μεθόδων επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων.
- Την ενημέρωσή σας για άλλα προϊόντα και υπηρεσίες της Εταιρείας ή των συνδεδεμένων με αυτήν εταιρειών ή τρίτων και την προώθησή τους, εφόσον δώσετε τη συγκατάθεσή σας.
- Την αποστολή σε εσάς ερωτηματολογίων ικανοποίησης και αξιολόγησης προϊόντων και υπηρεσιών της Εταιρείας.
- Την παροχή υψηλού επιπέδου εξειδικευμένης εξυπηρέτησης, εξασφαλίζοντας την αμεσότητα και την ποιότητα στη διαχείριση των αιτημάτων σας.
- Τη μη προσωποποιημένη επεξεργασία των δεδομένων σας για στατιστικούς σκοπούς.

4. Για πόσο χρόνο διατηρούμε τα δεδομένα σας;

Σε περίπτωση σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης, η Εταιρεία θα επεξεργάζεται τα προσωπικά δεδομένα για χρονικό διάστημα μέχρι είκοσι (20) έτη από τη λήξη της ασφαλιστικής σύμβασης, με οποιονδήποτε τρόπο (γενική παραγραφή). Σε περίπτωση μη σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης, τα προσωπικά δεδομένα θα τηρούνται για πέντε (5) έτη από την απόρριψη της σχετικής αίτησης ασφάλισης. Εφόσον ο νόμος ή κανονιστικές πράξεις υποχρεώνουν την Εταιρεία σε τήρηση των προσωπικών δεδομένων για διάστημα μεγαλύτερο των προαναφερομένων, τα χρονικά διαστήματα διατήρησης θα παρατείνονται ανάλογα. Τέλος, εάν μέχρι τη λήξη του χρόνου αυτού βρίσκονται σε εξέλιξη δικαστικές ενέργειες με εταιρεία του ομίλου εταιρειών της Eurolife ERB Insurance Group A. E. Συμμετοχών που σας αφορούν άμεσα ή έμμεσα, ο κατά τα ανωτέρω χρόνος τήρησης των δεδομένων που τηρούνται από αυτήν, παρατείνεται μέχρι την έκδοση αμετάκλητης δικαστικής απόφασης. Τα έγγραφα τα οποία φέρουν υπογραφή (-ές) των Υποκειμένων, στα οποία έχουν καταχωρηθεί προσωπικά δεδομένα μπορεί, μετά την πάροδο πενταετίας, να τηρούνται σε ηλεκτρονική ψηφιακή μορφή. Μετά την πάροδο των ανωτέρω διαστημάτων, τα προσωπικά σας δεδομένα θα καταστρέφονται.

5. Ποιοι είναι οι αποδέκτες των προσωπικών σας δεδομένων;

- Η διοίκηση και οι απασχολούμενοι στην Εταιρεία, οι οποίοι είναι αρμόδιοι για τη διαχείριση και λειτουργία της/των σύμβασης (-ων) ασφάλισης.
- Τα αρχεία πελατών των εταιρειών «Eurolife ERB Ανώνυμος Εταιρεία Ασφαλίσεων Ζωής» και «Eurolife ERB Ανώνυμος Εταιρεία Γενικών Ασφαλίσεων», διασυνδέονται, με βάση την υπ' αριθμόν 81/2017 απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, που αφορούν μόνο στα προσωπικά δεδομένα ταυτοπροσωπίας και επικοινωνίας του Υποκειμένου των Δεδομένων (ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, όνομα μητρός, φύλο, ΑΔΤ ή διαβατηρίου, διεύθυνση κατοικίας, στοιχεία επικοινωνίας και ΑΦΜ) και το αρχείο που δημιουργείται, τηρείται στη μητρική εταιρεία των προαναφερθέντων με την επωνυμία «EUROLIFE ERB Insurance Group A.E. Συμμετοχών». Στο αρχείο αυτό, πρόσβαση έχουν οι αρμόδιες υπηρεσίες των ανωτέρω δύο (θυγατρικών) εταιρειών για λόγους αξιολόγησης και διαχείρισης των κινδύνων σε επίπεδο ομίλου, όπως και για την ενιαία εξυπηρέτηση των πελατών τους και την ενημέρωσή τους για νέα προϊόντα και υπηρεσίες.
- Συνεργαζόμενοι με την Εταιρεία εμπειρογνώμονες, πραγματογνώμονες, ερευνητές, εταιρείες οδικής βοήθειας, συνεργαζόμενες εταιρείες επισκευής ζημιών, νοσηλευτικά και διαγνωστικά κέντρα, εταιρείες παροχής ταχυδρομικών υπηρεσιών (courier), σύμβουλοι κάθε φύσης (νομικοί, οικονομικοί κ.λπ.), φυσικά ή νομικά πρόσωπα, όπως και πάροχοι υπηρεσιών ανάπτυξης και συντήρησης εφαρμογών πληροφορικής, υπό τον όρο, σε κάθε περίπτωση, της τήρησης του απορρήτου.
- Άλλες ασφαλιστικές ή/και αντασφαλιστικές εταιρείες, εφόσον υπάρχει σχετικό έννομο συμφέρον.
- Η Υπηρεσία Στατιστικής των Ασφαλιστικών Εταιρειών (αρχείο Υ.Σ.Α.Ε.) της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος.
- Σε ειδικές περιπτώσεις, είτε προώπιση των δικαιωμάτων της Εταιρείας, είτε όταν προβλέπεται από διατάξεις νόμου ή αποφάσεις,

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥΣ, με βάση τον Κανονισμό ΕΕ 2016/679 και τη συναφή ελληνική νομοθεσία. (συνέχεια)

δικαστικών αρχών, της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα ή άλλων Ανεξάρτητων Αρχών, τα δεδομένα σας μπορεί να μεταβιβαστούν σε εταιρείες ενημέρωσης οφειλετών του Ν. 3758/2009, όπως εκάστοτε ισχύει, δικηγόρους, δικαστικούς επιμελητές, δικαστικές και εισαγγελικές αρχές, δημόσιες υπηρεσίες, φορείς του Δημοσίου, όπως και σε λειτουργούς αυτών, καθώς και τυχόν λοιπούς τρίτους. Οποιαδήποτε, κατά τα ανωτέρω, πρόσβαση στα δεδομένα γίνεται στο μέτρο του εκάστοτε αναγκαίου για την επίτευξη του επιδιωκόμενου σκοπού.

- Στην περίπτωση ζημιάς αυτοκινήτου, ενδέχεται να γίνει διαβίβαση προσωπικών δεδομένων, στα πλαίσια του φιλικού διακανονισμού.

6. Πώς προστατεύουμε τα δεδομένα σας;

Η Εταιρεία εφαρμόζει Σύστημα Διαχείρισης Ασφάλειας Πληροφοριών, ούτως ώστε να παρέχει την κατάλληλη προστασία των δεδομένων σας. Συμπληρωματικά με αυτό, χρησιμοποιούνται τελευταίες τεχνολογίας μέτρα προστασίας, καθώς επίσης και κατάλληλα οργανωτικά μέτρα.

7. Ποια είναι τα δικαιώματά σας και πώς μπορείτε να τα ασκήσετε;

- Έχετε δικαίωμα να γνωρίζετε ποια δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, που σας αφορούν, τηρούμε και επεξεργαζόμαστε, όπως και την προέλευσή τους.

- Έχετε δικαίωμα να ζητήσετε τη διόρθωση ή/και συμπλήρωση αυτών, ώστε να είναι πλήρη και ακριβή, προσκομίζοντας κάθε απαραίτητο έγγραφο από το οποίο προκύπτει η ανάγκη συμπλήρωσης ή διόρθωσης.

- Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε τον περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων σας ή και να αρνηθείτε οποιαδήποτε περαιτέρω επεξεργασία αυτών, η ικανοποίηση όμως τέτοιων αιτημάτων, εφόσον αφορούν σε δεδομένα που είναι απαραίτητα για την κατάρτιση ή τη λειτουργία ασφαλιστικής σύμβασης, ανεξάρτητα αν χορηγήθηκαν από εσάς ή οποιονδήποτε τρίτο, συνεπάγεται την αυτοδίκαιη εκ μέρους σας καταγγελία της αντίστοιχης σύμβασης ή συμβάσεων, σύμφωνα με τους σχετικούς όρους.

- Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε τη διαγραφή δεδομένων που σας αφορούν, εφόσον είτε έχει παρέλθει ο κατά τα ανωτέρω χρόνος τήρησής τους, είτε πρόκειται για δεδομένα που δεν αφορούν στην κατάρτιση και λειτουργία ασφαλιστικής σύμβασης, ούτε στην απόδειξη ή θεμελίωση ή τεκμηρίωση δικαιωμάτων ή υποχρεώσεων που άμεσα ή έμμεσα πηγάζουν από αυτήν.

- Παράλληλα με αυτά, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε να μεταφέρετε τα δεδομένα που μας έχετε παράσχει, σε άλλη εταιρεία.

- Επίσης έχετε το δικαίωμα να κάνετε καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dpa.gr), εφόσον θεωρείτε ότι προσβάλλεστε εσείς και τα δικαιώματά σας με οποιονδήποτε τρόπο.

- Η επικοινωνία για την άσκηση των ως άνω δικαιωμάτων σας μπορεί να γίνει στο Κέντρο Εξυπηρέτησης Πελατών στο 210 9303800 ή με αποστολή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση: dpo@eurolife.gr.

- Η Εταιρεία θα λαμβάνει κάθε δυνατό μέτρο για να ικανοποιηθούν τα αιτήματά σας και θα σας απαντήσει εντός τριάντα (30) ημερών και, μόνο εάν αυτό δεν καταστεί δυνατό, η Εταιρεία θα σας ενημερώσει για την αναγκαία παράταση της ως άνω προθεσμίας, που όμως δεν θα υπερβεί τις εξήντα (60) επιπλέον ημέρες. Η άσκηση των δικαιωμάτων είναι δωρεάν και ενδέχεται να υπάρχει χρέωση αποκλειστικά και μόνο σε περιπτώσεις αποδεδειγμένης κατάχρησης του δικαιώματος, που συνεπάγεται κόστος από την πλευρά της Εταιρείας.

8. Πού μπορείτε να απευθυνθείτε για οποιοδήποτε θέμα αφορά στην επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων;

Για οποιοδήποτε θέμα αφορά στην επεξεργασία των δεδομένων σας, μπορείτε να απευθύνεστε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Εταιρείας, στην παρακάτω διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: dpo@eurolife.gr.

9. Ειδικές Περιπτώσεις Επεξεργασίας:

Επεξεργασία σε περίπτωση σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης υπέρ τρίτου: ο υπογράφων τη σχετική Αίτηση και την παρούσα, δηλώνει ότι έχει λάβει τη συγκατάθεση του τρίτου για την επεξεργασία των δεδομένων του ή ότι είναι ο έχων τη γονική μέριμνα σε περίπτωση παροχής δεδομένων ανήλικου.

Επεξεργασία σε περίπτωση ομαδικών ασφαλιστηρίων: ο αντισυμβαλλόμενος έχει υποχρέωση να ενημερώσει τους ασφαλισμένους για το περιεχόμενο της παρούσας, καθώς και να λάβει τη συγκατάθεσή τους για την επεξεργασία των προσωπικών τους δεδομένων, σύμφωνα με την παρούσα, τόσο πριν τη σύναψη της σχετικής σύμβασης, όσο και κατά τη διάρκεια λειτουργίας της.

10. Διαβίβαση στοιχείων σε τρίτη χώρα:

Η Εταιρεία, στο πλαίσιο της συμμόρφωσής της με τους κανόνες της αυτόματης ανταλλαγής πληροφοριών στον φορολογικό τομέα, όπως αυτοί απορρέουν από διεθνείς υποχρεώσεις της χώρας κυρωθείσες με ελληνικό νόμο, ενδέχεται να προβεί σε διαβίβαση προσωπικών σας δεδομένων σε αρμόδιες εθνικές αρχές, προκειμένου να προωθηθούν στις αντίστοιχες αρχές τρίτων χωρών. Η Εταιρεία δύναται να διαβιβάσει δεδομένα εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης μόνο με την προϋπόθεση ύπαρξης κατάλληλων εγγυήσεων είτε λόγω απόφασης επάρκειας από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή είτε λόγω υπογραφής Τυποποιημένων Συμβατικών Ρητών.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

• Για την επεξεργασία ειδικών κατηγοριών δεδομένων

Η υποβολή Αίτησης για την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών που αφορούν σε περιστατικά υγείας ή και περίθαλψης, είτε άμεσα (όπως στις περιπτώσεις ασφάλισης υγείας), είτε έμμεσα (όπως στις περιπτώσεις ατυχημάτων που περιλαμβάνονται σε ευρύτερη ασφαλιστική κάλυψη), εμπεριέχει την παροχή της συγκατάθεσης του Αιτούντος για την επεξεργασία δεδομένων που αφορούν σε τέτοια περιστατικά, την οποία ο Αιτών επιβεβαιώνει ως ακολούθως:

ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/ΕΧΩΝ ΤΗ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
1^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
2^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
3^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
4^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
5^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
6^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>

Μη επιβεβαίωση της ως άνω συγκατάθεσης, συνεπάγεται την άρνηση κατάρτισης της σχετικής ασφαλιστικής σύμβασης. Ανάκληση της ανωτέρω συγκατάθεσης μπορεί να γίνει οποτεδήποτε ενεργεί για το μέλλον και συνεπάγεται την άμεση διακοπή της αντίστοιχης ασφαλιστικής κάλυψης.

• Για την ενημέρωση σχετικά με υπηρεσίες ή/και προϊόντα

Ο υπογράφων την Αίτηση στην οποία η παρούσα ενσωματώνεται, παρέχω την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, με σκοπό τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης:

i. Υπηρεσιών ή προϊόντων από τις εταιρείες του Ομίλου της EUROLIFE ERB.

ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/ΕΧΩΝ ΤΗ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
1^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
2^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
3^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
4^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
5^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
6^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>

ii. Υπηρεσιών ή προϊόντων που προσφέρουν τρίτοι συνεργαζόμενοι με τις ως άνω εταιρείες.

ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/ΕΧΩΝ ΤΗ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
1^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
2^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
3^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
4^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
5^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>
6^ο ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ	ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ <input type="checkbox"/>

Για την επίτευξη του ανωτέρω σκοπού, ενδέχεται να διαβιβασθούν δεδομένα σας ταυτοπροσωπίας και επικοινωνίας σε συνεργαζόμενες με την εταιρεία επιχειρήσεις ερευνών και προώθησης πωλήσεων. Ανάκληση οποιασδήποτε από τις ανωτέρω συγκαταθέσεις μπορεί να γίνει οποτεδήποτε, με σχετική σας δήλωση στην Εταιρεία και ενεργεί για το μέλλον. Αφού μελέτησα το κείμενο, σημείωσα τις επιλογές μου κατά τα ανωτέρω.

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/ ΕΧΩΝ ΤΗ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ	ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

Ημερομηνία:

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΙΤΟΥΝΤΩΝ

Δηλώνω ότι κατά το χρόνο υποβολής της παρούσας αίτησης, παρέλαβα αντίγραφο αυτής, το έντυπο με τις προβλεπόμενες στο άρθρο 152 του ν.4364/2016 πληροφορίες και ότι τα στοιχεία που έδωσα στην παρούσα και με αφορούν, είναι αληθινά, πλήρη και χωρίς παραλείψεις και συμφωνώ ότι τα στοιχεία αυτά, μαζί με τις ιατρικές εξετάσεις που πιθανόν να γίνουν, δύναται να αποτελέσουν τη βάση της προτεινόμενης τροποποίησης. Έλαβα επίσης γνώση του δικαιώματός της Εταιρείας να αρνηθεί την αίτησή μου ή να την κάνει αποδεκτή με όρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται χωρίς την υποχρέωση να δικαιολογήσει την απόφασή της.

Δηλώνω επίσης ότι πριν την υποβολή της παρούσας αίτησης: (α) προσδιορίστηκαν από τον Διαμεσολαβούντα / Πωλητή οι ασφαλιστικές ανάγκες μου βάσει των πληροφοριών που του παρείχα, (β) μου επεξηγήθηκαν τα χαρακτηριστικά του ασφαλιστικού προϊόντος με τρόπο αντικειμενικό και κατανοητό και ενημερώθηκα επαρκώς για τις παρεχόμενες ασφαλιστικές καλύψεις και για τα εκατέρωθεν δικαιώματα και υποχρεώσεις, (γ) μου παραδόθηκε το Έγγραφο πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν που επέλεξα (άρθρο 20 της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/97), και (δ) μου επεξηγήθηκαν επαρκώς οι λόγοι για τους οποίους το ασφαλιστικό προϊόν που επέλεξα ικανοποιεί καλύτερα τις απαιτήσεις και τις ανάγκες μου και το επέλεξα αφού ενημερώθηκα για τις καλύψεις που αυτό παρέχει καθώς και για το κόστος του.

Ο υπογράφων την παρούσα αίτηση/λήπτης της ασφάλισης δηλώνω ότι, εφόσον εγκριθεί η παρούσα αίτηση, η ανωτέρω αναφερόμενη δ/ση αλληλογραφίας ισχύει για την αποστολή σ'αυτήν κάθε είδους δήλωσης, βεβαίωσης ή ειδοποίησης της Εταιρείας σας που προβλέπεται συμβατικά ή από το Νόμο σε σχέση, τόσο με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα εκδοθεί μετά την έγκριση της παρούσας αίτησης, όσο και με οποιοδήποτε τυχόν προγενέστερο συμβολαίο μου με την Εταιρεία σας στο οποίο έχει τυχόν δηλωθεί διαφορετική δ/ση. Η ανωτέρω δηλωθείσα δ/ση ισχύει είτε μέχρι την έγκριση από μέρος σας τυχόν μεταγενέστερης αίτησής μου για λήψη ασφαλιστικού προϊόντος στην οποία αναφέρεται διαφορετική δ/ση αλληλογραφίας, είτε μέχρι να υποβάλλω γραπτή δήλωση μεταβολής της, άμεσα προς την Εταιρεία σας. Επίσης, δηλώνω ότι αναλαμβάνω την υποχρέωση να γνωστοποιήσω γραπτώς το συντομότερο δυνατό στην Eurolife ERB Α.Ε.Α.Ζ. οποιαδήποτε μεταβολή σχετικά με τις χώρες έναντι των οποίων έχω φορολογική υποχρέωση ή με λοιπά στοιχεία που αφορούν στην πιστοποίηση της ταυτότητάς μου ή στη διεύθυνση κατοικίας μου.

Η παρακάτω δήλωση αφορά την περίπτωση που η παρούσα Αίτηση υποβάλλεται για επενδυτικό προϊόν βασιζόμενο σε ασφάλιση:
 Ο υπογράφων την παρούσα Αίτηση (Αντισυμβαλλόμενος) δηλώνω επίσης ότι σε εύλογο χρόνο και πριν την υποβολή εκ μέρους μου της παρούσας Αίτησης παρέλαβα από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή μου το προβλεπόμενο από τον Κανονισμό ΕΕ αριθμ. 1286/2014 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου ΕΓΓΡΑΦΟ ΒΑΣΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ («ΕΒΠ») του προϊόντος («το Προϊόν») το οποίο διάβασα και κατανόησα. Η απόφασή μου να αποκτήσω το Προϊόν λήφθηκε αφού κατανόησα τη φύση, τους κινδύνους, το κόστος και τα δυνητικά κέρδη και ζημιές του Προϊόντος.

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/ ΕΧΩΝ ΤΗ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ	ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

Ημερομηνία: _____

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝΤΟΣ/ΠΩΛΗΤΗ

Ο υπογράφων ασφαλιστικός πράκτορας (μεσίτης ασφαλίσων, σύμβουλος), βεβαιώνω ότι ο αντισυμβαλλόμενος υπέγραψε ενώπιόν μου την παρούσα Αίτηση.

ΕΙΝΑΙ Ο ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ/ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΙΔΙΟΤΗΤΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΙΔΙΟΤΗΤΑ: _____

Η παρακάτω δήλωση αφορά την περίπτωση που η παρούσα Αίτηση Τροποποίησης υποβάλλεται για επενδυτικό προϊόν βασιζόμενο σε ασφάλιση:
 Δηλώνω επίσης ότι είχα παραδώσει στον αντισυμβαλλόμενο το ΕΒΠ του Προϊόντος εγκαίρως ώστε να έχει τον χρόνο να το εξετάσει πριν δεσμευτεί με σύμβαση, αφού, βασιζόμενος στις πληροφορίες που παρείχε ο πελάτης στο ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ, έλαβα υπό όψιν μου:

- α) τη γνώση και την εμπειρία του σε προϊόντα ή/και κινδύνους παρόμοιας φύσεως, και
- β) την πολυπλοκότητα του Προϊόντος

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝΤΟΣ/ΠΩΛΗΤΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝΤΟΣ/ΠΩΛΗΤΗ