

ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΞΑΓΟΡΑΣ-ΛΗΞΗΣ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

Αριθμός Ασφαλιστηρίου

ΕΘΝΙΚΗ

ΑΣΤΕΡΑΣ

INTERNATIONAL LIFE

☐
☐
☐

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Με το παρόν, ο/η υπογράφων/ουσα,

ΤΟΥ

Ονοματεπώνυμο

Πατρώνυμο

Διεύθυνση κατοικίας:

Οδός

Αριθμός

T.K.

Πόλη

Κάτοχος του Α.Δ.Τ. (ή σε περίπτωση αλλοδαπού υπήκοου ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ ή ΑΔΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ):

Α.Φ.Μ.:

Δ.Ο.Υ.:

Επάγγελμα:

ως Συμβαλλόμενος ☐ Ασφαλισμένος ☐ Δικαιούχος Λήξης ☐ (επιλέξτε την ιδιότητά σας)

αιτούμαι για το παραπάνω Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο μία από τις ακόλουθες επιλογές:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ (συμπληρώνεται μόνο εφόσον ο Συμβαλλόμενος είναι Νομικό Πρόσωπο)

Με το παρόν, ο/η υπογράφων/ουσα,

ΤΟΥ

Ονοματεπώνυμο

Πατρώνυμο

Διεύθυνση κατοικίας:

Οδός

Αριθμός

T.K.

Πόλη

Κάτοχος του Α.Δ.Τ.:

ενεργώντας ως νόμιμος εκπρόσωπος της εταιρίας

με την επωνυμία:

με έδρα:

Οδός

Αριθμός

T.K.

Πόλη

και με Α.Φ.Μ.:

Δ.Ο.Υ.:

όπως προκύπτει από _____ (συμπληρώνεται το έγγραφο νομιμοποίησης από το οποίο προκύπτει η εκπροσώπηση) που επισυνάπτεται στο παρόν και αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα αυτού δηλώνω ότι η παραπάνω εκπροσωπούμενη από εμένα εταιρία ως Συμβαλλόμενη αιτείται (περ. Ι. & ΙΙ.) για το παραπάνω Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο μία από τις ακόλουθες επιλογές:

Ι. ΕΞΑΓΟΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΖΩΗΣ (ΚΛΑΣΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ)

Ολική Εξαγορά Συμβολαίου Ζωής*

☐

Εξαγορά Έκτακτης Καταβολής Ασφαλιστρού

☐

ΙΙ. ΕΞΑΓΟΡΑ ΜΟΝΑΔΩΝ/ΜΕΤΟΧΩΝ/ΜΕΡΙΔΙΩΝ UNIT LINKED (ΕΦΟΣΟΝ ΠΡΟΒΛΕΠΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΟΡΟΥΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ)

Ολική Εξαγορά*

• Μονάδων/Μετοχών/Μεριδίων Τακτικού και Έκτακτου Ασφαλιστρού (εφόσον υπάρχει)

☐

• Μονάδων Έκτακτου Ασφαλιστρού (ad hoc)

☐

Μερική Εξαγορά

• Μονάδων/Μετοχών/Μεριδίων Τακτικού και Έκτακτου Ασφαλιστρού

_____ συνολικός αριθμός προς εξαγορά

☐

• Μονάδων Τακτικού Ασφαλιστρού

_____ συνολικός αριθμός προς εξαγορά

☐

• Μονάδων Έκτακτου Ασφαλιστρού (ad hoc)

_____ συνολικός αριθμός προς εξαγορά

☐

III. ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΛΗΞΗΣ

Εφάπαξ καταβολή παροχής*

☐

Άλλος τρόπος καταβολής παροχής, εφόσον προβλέπεται από τους όρους του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου (παρακαλώ συμπληρώστε αναλυτικά)

☐

* Α) Επισυνάπτω το πρωτότυπο ασφαλιστήριο

☐

Β) Δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω απωλέσει το πρωτότυπο ασφαλιστήριο

☐

Επίσης, δηλώνω ότι έχω ήδη επικοινωνήσει με τον **Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή που με εξυπηρετεί ή/και τη Διεύθυνση Εξυπηρέτησης Πελατών και Συνεργατών** της Εταιρίας, έχω ενημερωθεί αναλυτικά για τα όσα προβλέπουν οι όροι του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου ενόψει της ανωτέρω σημειούμενης επιλογής μου και μου έχουν προταθεί εναλλακτικές λύσεις για την κάλυψη των ασφαλιστικών μου αναγκών.

Τέλος, από την εφαρμογή των όρων του παραπάνω ασφαλιστηρίου συμβολαίου και σύμφωνα με το αντίστοιχα σημειούμενο ανωτέρω αίτημα μου (I,II,III) αποδέχομαι και συμφωνώ:

☐

Το ποσό να κατατεθεί/πιστωθεί από την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» στον υπ' αριθ. _____

λογαριασμό που τηρώ με εμένα ως δικαιούχο στην Τράπεζα _____

Αρ. λογαριασμού σε μορφή IBAN _____

☐

Το ποσό των _____ ευρώ να χρησιμοποιηθεί ως προκαταβολή για την έκδοση νέου ατομικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου επ' ονόματι μου, σύμφωνα με την υπ. αριθμόν _____ αίτηση ασφάλισης, ενώ το υπόλοιπο να κατατεθεί/πιστωθεί από την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» στον υπ' αριθ. _____ **λογαριασμό**

που τηρώ με εμένα ως δικαιούχο στην Τράπεζα _____

Αρ. λογαριασμού σε μορφή IBAN _____

Περαιτέρω, με το παρόν και εφόσον κατατεθεί το ανωτέρω ποσό που δικαιούμαι με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μου στον παραπάνω τραπεζικό λογαριασμό, δηλώνω ότι έχω πλήρως και ολοσχερώς εξοφληθεί και ικανοποιηθεί και ότι παραιτούμαι ρητά και ανεπιφύλακτα από κάθε δικαίωμα, απαίτηση ή αξίωση, ανεξαρτήτως του χρόνου γενέσεώς της κατά της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», σε σχέση με την πιο πάνω αίτια.

Επισημαίνεται ότι το αποδεικτικό κατάθεσης/εμβάσματος επέχει θέση απόδειξης καταβολής εκ μέρους της Ασφαλιστικής Εταιρίας.

Κινητό τηλέφωνο επικοινωνίας:

E-mail:

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΩ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ):

- Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου σε ισχύ
- Φωτοτυπία από το βιβλιάριο τραπεζής ή εκτύπωση από το Internet Banking ή εκτύπωση από κατάστημα της τράπεζας, του ως άνω λογαριασμού επ' ονόματι μου
- Οποιοδήποτε έγγραφο βεβαιώνει τον Α.Φ.Μ. (Οικονομικής εφορίας ή πρόσφατο λογαριασμό Κοινής Ωφελείας)
- Στην περίπτωση που το δικαιούμενο ποσό είναι μεγαλύτερο των **15.000 €**, προσκομίζω αντίγραφο τελευταίου Εκκαθαριστικού Σημειώματος Φορολογίας Εισοδήματος (Ν. 4557/2018 και Απόφαση 154/31.8.2009 ΕΠ.Ε.Ι.Α. και τροποποίηση αυτών).

Πληροφορίες στην περίπτωση που ο ασφαλισμένος είναι ανήλικος: Το έντυπο συμπληρώνεται και υπογράφεται από τους έχοντες την επιμέλειά του και προσκομίζονται επιπλέον τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Φωτοτυπίες Αστυνομικής Ταυτότητας τους
2. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
3. Υπεύθυνες Δηλώσεις των γονέων με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής ότι δεν έχει λυθεί ο γάμος τους και ότι διατηρούν από κοινού την επιμέλεια του ανήλικου τέκνου τους ή αν έχει λυθεί ο γάμος, προκειμένου να εξακριβωθεί σε ποιον γονέα έχει ανατεθεί η άσκηση της επιμέλειας του ανήλικου τέκνου, είναι απαραίτητη η προσκόμιση σχετικής απόφασης που να ρυθμίζει το συγκεκριμένο ζήτημα.

ΔΗΛΩΣΗ FATCA ΗΠΑ/CRS (ΟΟΣΑ)/DAC2 (ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ) ΠΡΟΣ ΤΗΝ Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ»

Η Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ», σε συμμόρφωση με τον Νόμο 4493/2017 με τον οποίο κυρώθηκε το Μνημόνιο Συνεννόησης και η Συμφωνία μεταξύ της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Κυβέρνησης των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής για τη Φορολογική Συμμόρφωση 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 από τους Ν. 4378/2016, Ν. 4474/2017 και Ν. 4484/2017, για την υποχρεωτική αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών στο φορολογικό τομέα μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) 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 (πεδίο Θ8) οι οποίοι είναι φορολογικά υπόχρεοι σε οποιοδήποτε άλλο κράτος-μέλος της ΕΕ 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 (ΑΑΔΕ- Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Εσόδων).

Στο πλαίσιο αυτό, διαβάστε με προσοχή τις κατωτέρω δηλώσεις και σημειώστε υποχρεωτικά με Χ σε όλα τα σχετικά πεδία ΝΑΙ ή ΟΧΙ.

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ ☐	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ☐	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΛΗΞΗΣ ☐	ΝΑΙ	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 εκδοθείσας από τις αρχές των Η.Π.Α.			☐	☐
Θ6. Διαθέτω στις Η.Π.Α. οιοδήποτε από τα παρακάτω			☐	☐
- οποιαδήποτε ταχυδρομική διεύθυνση			☐	☐
- αριθμό τηλεφώνου			☐	☐
- τηρούμενο λογαριασμό			☐	☐
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.			☐	☐
Θ8. Είμαι φορολογικός κάτοικος/διαθέτω φορολογικό μητρώο σε άλλο κράτος πλην της Ελλάδας.			☐	☐
Σε περίπτωση θετικής απάντησης στο (Θ8) να αναγραφεί εδώ το κράτος φορολογικής κατοικίας/υποχρέωσης για τον				
Συμβαλλόμενο _____ ή/και τον Ασφαλισμένο _____ ή Δικαιούχο Λήξης _____				
και ο αντίστοιχος αλλοδαπός αριθμός φορολογικού μητρώου για τον				
Συμβαλλόμενο _____				
ή/και τον Ασφαλισμένο _____				
ή τον Δικαιούχο Λήξης _____				

Σε περίπτωση καταφατικής απάντησης σε κάποια από τις παραπάνω δηλώσεις στα πεδία Θ1 έως Θ7, ρητά δηλώνω και αναλαμβάνω την υποχρέωση να προσκομίσω στην Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» τα αιτούμενα από αυτή έντυπα και στοιχεία (π.χ. TIN- αμερικανικός ΑΦΜ) που απαιτούνται βάσει της ανωτέρω νομοθεσίας και **ειδικότερα υποχρεούμαι να συμπληρώσω ένα από τα παρακάτω έντυπα:**

- το **W-8EN** με τίτλο «Certificate of Foreign Status of Beneficial Owner for United States Tax Withholding and Reporting (Individuals)», με τα αναγκαία συνοδευτικά έγγραφα εάν **δεν είμαι φορολογικά υπόχρεος στις Η.Π.Α.** ή
- το **W-9** με τίτλο «Request for Taxpayer Identification Number and Certification» **εάν είμαι φορολογικά υπόχρεος στις Η.Π.Α..**

Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση η Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» δε μπορεί να παρέχει συμβουλές σχετικά με τη FATCA. Συνιστάται στους πελάτες της είτε να επικοινωνούν με δικό τους φοροτεχνικό σύμβουλο για θέματα FATCA είτε να επισκέπτονται τον ιστότοπο (www.irs.gov) της Αμερικανικής Φοροτεχνικής Αρχής (IRS).

Σημαντική επισήμανση για τα επενδυτικά προγράμματα βασιζόμενα στην ασφάλιση Full [Life Plan] και Full [Capital Plan]

Τα προγράμματα Full [Life Plan] και Full [Capital Plan] δε διατίθενται σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα, που χαρακτηρίζονται ως Πρόσωπα Η.Π.Α.

Πρόσωπα ΗΠΑ θεωρούνται όσοι έχουν απαντήσει θετικά στις ανωτέρω ερωτήσεις Θ1- Θ7 της Ενότητας 2 και επιπλέον τα Φυσικά πρόσωπα που ανήκουν στο στρατιωτικό προσωπικό των Η.Π.Α. ή στο προσωπικό που σχετίζεται με κυβερνητικό φορέα, υπηρεσία ή οργανισμό των Η.Π.Α. που βρίσκεται εκτός των Η.Π.Α., και δίνουν Πάγιες εντολές για μεταφορά κεφαλαίων σε λογαριασμό που τηρείται στις Η.Π.Α.

Νομικό Πρόσωπο Η.Π.Α. θεωρείται: α) Κάθε νομικό πρόσωπο, οποιασδήποτε μορφής, που έχει έδρα ή βρίσκεται στις Η.Π.Α. ή που έχει συσταθεί και λειτουργεί σύμφωνα με το δίκαιο των Η.Π.Α., β) οποιαδήποτε σύμπραξη ή οργανωμένη επιχείρηση ή εταιρία που έχει συσταθεί σύμφωνα με το δίκαιο των Η.Π.Α., γ) οποιαδήποτε ακίνητη περιουσία της οποίας ο εκτελεστής διαθήκης ή ο διαχειριστής είναι πρόσωπο των Η.Π.Α., δ) οποιοδήποτε καταπίστευμα του οποίου ο επίτροπος είναι πρόσωπο των Η.Π.Α., ε) οποιοδήποτε πρακτορείο ή υποκατάστημα ενός προσώπου των Η.Π.Α. που βρίσκεται εκτός των Η.Π.Α., στ) οποιοσδήποτε μη επενδυτικός ή παρόμοιος λογαριασμός (που δεν είναι κληρονομία ή καταπίστευμα) που κατέχει ένας έμπορος ή άλλος θεματοφύλακας για λογαριασμό ενός προσώπου Η.Π.Α. ή που κατέχει ένας έμπορος ή θεματοφύλακας που είναι νομικό πρόσωπο και έχει συσταθεί σύμφωνα με το δίκαιο των Η.Π.Α. ή εάν πρόκειται για φυσικό πρόσωπο, που να διαμένει στις Η.Π.Α. και ζ) οποιαδήποτε σύμπραξη ή άλλο νομικό πρόσωπο που (1) έχει ιδρυθεί σύμφωνα με τους νόμους αλλοδαπής δικαιοδοσίας και (2) που έχει συσταθεί από πρόσωπο των Η.Π.Α. κυρίως με σκοπό την επένδυση σε κινητές αξίες που δεν είναι εγγεγραμμένες στο Χρηματιστήριο, εκτός εάν έχει ιδρυθεί και ανήκει σε διαπιστευμένους επενδυτές σύμφωνα με την αμερικανική νομοθεσία περί κινητών αξιών που δεν είναι φυσικά πρόσωπα, κληρονομίες ή καταπιστεύματα.

Δηλώνω ότι δεν είμαι πρόσωπο ΗΠΑ με την ανωτέρω έννοια. Σε περίπτωση μερικής εξαγοράς δηλώνω ότι σε περίπτωση που στο μέλλον καταστώ πρόσωπο Η.Π.Α. είμαι υποχρεωμένος να το δηλώσω άμεσα στην Εταιρία, και στην περίπτωση αυτή το ασφαλιστήριο εξαγοράζεται υποχρεωτικά ενώ η αξία του Λογαριασμού Επένδυσης καταβάλλεται σε μένα με βάση τους όρους του συμβολαίου.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Διάβασα και επιβεβαιώνω την ακρίβεια και την ορθότητα των παραπάνω δεδομένων μου και ενημερώθηκα ότι για την αξιολόγηση του αιτήματος λήψης ασφαλιστικής αποζημίωσης με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου είναι απαραίτητη η παροχή συγκατάθεσης για την επεξεργασία των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα (ΔΠΧ) και των ειδικής κατηγορίας δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα (ΕΚΔΠΧ) με βάση τις διατάξεις του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων Ε.Ε. 679/2016, τις διατάξεις της ισχύουσας ελληνικής νομοθεσίας περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (Νόμος 4624/2019, όπως εκάστοτε ισχύει), καθώς και τις σχετικές Αποφάσεις/Οδηγίες/Γνωμοδοτήσεις της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Ειδικότερα ενημερώθηκα ότι:

Υπεύθυνος Επεξεργασίας και Αποδέκτες ή/και Εκτελούντες την Επεξεργασία: Υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων μου είναι η ασφαλιστική Εταιρία Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ». Τα δεδομένα μου, στο πλαίσιο της λειτουργίας της σύμβασης ασφάλισής μου, θα τύχουν επεξεργασίας από τα τμήματα της Εταιρίας που είναι αρμόδια για τη λειτουργία του συμβολαίου μου, την εξυπηρέτηση των αιτημάτων μου και για την αποζημίωσή μου, όπως επίσης και από άλλα τμήματα στο πλαίσιο άσκησης των νομίμων λειτουργιών τους. Επίσης τα δεδομένα μου, στο πλαίσιο της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης, στον βαθμό που αυτό είναι αναγκαίο για την καλύτερη εξυπηρέτησή μου και την παροχή των υπηρεσιών/καλύψεων που προβλέπει η ασφαλιστική σύμβαση, μπορεί να διαβιβασθούν σε ή να συλλεγούν ή να τύχουν επεξεργασίας για τον σκοπό παροχής υπηρεσιών προς την Εταιρία από τους κάτωθι, ενεργώντας ως εκτελούντες την επεξεργασία, ήτοι από: τη μητρική εταιρία ή συνδεδεμένες επιχειρήσεις του ομίλου στον οποίο ανήκει η Εταιρία, συνεργαζόμενους με την Εταιρία παρόχους, όπως ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, τράπεζες που ενεργούν ως ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές, αντασφαλιστές, εταιρίες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, εταιρίες πληροφορικής, εταιρίες παροχής υπηρεσιών εκτύπωσης, οργάνωσης και παράδοσης εντύπων. Ειδικά, σε περίπτωση ασφάλισής μου με τα προγράμματα Full [Life Plan] και Full [Capital Plan] αποδέκτες των δεδομένων μου μπορεί να είναι η Εταιρία Διαχείρισης Κεφαλαίων με την επωνυμία "BNP PARIBAS ASSET MANAGEMENT France", ο ορισθείς από αυτή Περιφερειακός Πράκτορας Μεταβιβάσεων (Regional Transfer Agent), Εταιρία BNP Paribas Securities Services Luxembourg, θυγατρικές αυτών ή οι αρμόδιες εποπτικές αρχές αυτών στη Γαλλία και στο Λουξεμβούργο, στο πλαίσιο της νομοθεσίας για την πρόληψη και καταστολή της νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και της χρηματοδότησης της τρομοκρατίας.

Επίσης, όπως προβλέπεται στη νομοθεσία, η Εταιρία ενδέχεται να γνωστοποιήσει τα δεδομένα μου σε δημόσιες υπηρεσίες, ασφαλιστικά ταμεία, σε δικαστικές, δημόσιες και ανεξάρτητες αρχές κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους, εφόσον αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για την πρόσπιση νομίμων δικαιωμάτων ή την εκπλήρωση υποχρεώσεών της.

Επιπλέον, η Εταιρία, στο πλαίσιο συμμόρφωσής της με τη νομοθεσία για την ανταλλαγή πληροφοριών χρηματοοικονομικών λογαριασμών στον φορολογικό τομέα (Σχετικές Δηλώσεις FATCA, CRS, DAC2 του παρόντος εντύπου), υποχρεούται, μόνο εφόσον εμπίπτω στο πεδίο εφαρμογής αυτής, να προβαίνει σε συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα στο πλαίσιο της τροποποίησής μου ως προσώπου υπαγόμενου στην ανωτέρω νομοθεσία, των οποίων αποδέκτης είναι η αρμόδια Ελληνική Αρχή (ΑΑΔΕ-Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Εσόδων) ή οποιαδήποτε άλλη αρμόδια αρχή οριστεί.

Χρόνος διατήρησης των δεδομένων: Τα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα, μέχρι την ολοκλήρωση του σκοπού επεξεργασίας τηρούνται τόσο σε έγχαρτη όσο και σε ηλεκτρονική μορφή. Σε περίπτωση που η συμβατική σχέση μου με την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» διακοπεί ή λήξει με οποιονδήποτε τρόπο, τα δεδομένα μου θα τηρούνται 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. Επισημαίνεται ότι, εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη με την Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας, θα τηρούνται τα δεδομένα μου μέχρι την περαίωση της δικαστικής υπόθεσης με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

Τα δικαιώματά μου: Έχω δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας και εναντίωσης σχετικά με τα δεδομένα μου που αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας. Επίσης, έχω δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή. Μου γνωστοποιήθηκε ότι η ανάκληση της συγκατάθεσής μου όπως και η άσκηση του δικαιώματος εναντίωσης στην επεξεργασία των δεδομένων μου προσωπικού

χαρακτήρα, δεν επηρεάζει την επεξεργασία που έχει ήδη πραγματοποιηθεί μέχρι αυτής της στιγμής, αλλά ότι θα έχει ως συνέπεια την μη δυνατότητα αξιολόγησης του αιτήματός μου ή/και την αδυναμία εκπλήρωσης οποιασδήποτε απορρέουσας από την ασφαλιστική σύμβαση υποχρέωσης της Εταιρίας. Για την άσκηση των παραπάνω δικαιωμάτων μου και για οποιοδήποτε ερώτημα, που αφορά δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, μπορώ να απευθύνομαι στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ»:

- με αποστολή email στη διεύθυνση parapona@insurance.nbg.gr, με θέμα «GDPR», επισυνάπτοντας την αντίστοιχη φόρμα άσκησης δικαιώματος που θα βρείτε στην ιστοσελίδα www.ethniki-asfalistiki.gr
- 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-asfalistiki.gr

Τα δικαιώματα ασκούνται χωρίς κόστος, εκτός εάν λόγω επανάληψης επιφέρουν διαχειριστικό κόστος για την Εταιρία.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση σχετικά με τη διαδικασία υποβολής, μπορώ να επικοινωνήσω καλώντας τον τηλ. αριθμό 210.90.99.777.

Ενημερώθηκα, ότι πιο αναλυτική ενημέρωση για τα δικαιωμά μου μπορώ να βρω στην ιστοσελίδα www.ethniki-asfalistiki.gr στην ενότητα Προστασία Προσωπικών Δεδομένων. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση του δικαιώματος να προσφύγω στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, κάνοντας χρήση των ακόλουθων στοιχείων επικοινωνίας: Ιστοσελίδα: www.dpa.gr, Ταχυδρομική Διεύθυνση: Λεωφόρος Κηφισίας 1-3, 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» και οι συνεργάτες αυτής
- 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 και ότι η μη παροχή συγκατάθεσης ή η τυχόν ανάκληση της συγκατάθεσής μου στο μέλλον θα έχει ως συνέπεια τη μη δυνατότητα αξιολόγησης του αιτήματός μου, την αδυναμία εκπλήρωσης οποιασδήποτε απορρέουσας από την ασφαλιστική σύμβαση υποχρέωσής της Εταιρίας
- παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου στην παραπάνω Εταιρία για την επεξεργασία των δεδομένων μου, που έχω γνωστοποιήσει τόσο στο πλαίσιο του παρόντος αιτήματος όσο και όσων έχω ήδη γνωστοποιήσει στην Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» ή στους συνεργαζόμενους παρόχους στο πλαίσιο του παραπάνω ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Ο κατωτέρω υπογράφων/ουσα, διάβασα με προσοχή την παρούσα Ενημέρωση και τις Δηλώσεις Συναινέσης για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και τις αποδέχομαι.

Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις που δίνονται στο παρόν είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθείς.

Τόπος και Ημερομηνία Υπογραφής

Α) Σε περίπτωση Εξαγοράς

Υπογραφή Συμβαλλόμενου/Λήπτη της Ασφάλισης*

Ονοματεπώνυμο (ολογράφως)

Β) Σε περίπτωση Λήξης

Υπογραφή Ασφαλισμένου/Δικαιούχου Λήξης*

Ονοματεπώνυμο (ολογράφως)

Γ) Για ανήλικο Ασφαλισμένο/Δικαιούχο Λήξης, (υπογράφουν οι έχοντες την επιμέλεια του ασφαλισμένου)

1) _____
Υπογραφή*

Ονοματεπώνυμο (ολογράφως)

2) _____
Υπογραφή*

Ονοματεπώνυμο (ολογράφως)

*Απαραίτητη η θεώρηση του γνησίου υπογραφής

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ (συμπληρώνεται από Εκπρόσωπο της Εταιρίας):

Ονοματεπώνυμο Παραγωγού	Κ.Π.	Υπογραφή
Ονοματεπώνυμο Υπεύθυνου Γραφείου	Κ.Π.	Υπογραφή
Κατάστημα	Κωδικός	Ονοματεπώνυμο -Υπογραφή