



Εγχειρίδιο Τροποποιήσεων



## Περιεχόμενα

Αιτήματα τροποποιήσεων	σελ. 3
Δικαιολογητικά που απαιτούνται	σελ. 4
1. Προσθήκη Εξαρτωμένων Μελών	σελ. 4
2. Αλλαγή Συχνότητας Πληρωμής	σελ. 4
3. Αλλαγή Συμβαλλομένου	σελ. 4
4. Αλλαγή Χρήσης ή Μη Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης στο πρόγραμμα Medical Prime	σελ. 6
5. Αλλαγή στις Καλύψεις Νοσοκομειακών Προγραμμάτων	σελ. 6
6. Αλλαγή Νοσοκομειακού Προγράμματος	σελ. 7
7. Έκτακτη Καταβολή σε Αποταμιευτικό Πρόγραμμα.	σελ. 7
8. Επαναφορά Προγραμμάτων	σελ. 7
9. Παράταση Συμπληρωματικών Παροχών Εξαρτωμένων Μελών	σελ. 8
10. Δωρεάν Κάλυψη Νεογέννητου	σελ. 8
11. Επιστροφή προκαταβολής	σελ. 8
12. Αλλαγή Διεύθυνσης	σελ. 8
Δικαιολογητικά Δέουσας Επιμέλειας	σελ. 9

## Αιτήματα Τροποποιήσεων

---

Το εγχειρίδιο αυτό, δημιουργήθηκε με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των Συνεργατών μας, προχωρώντας σε μια καταγραφή των απαραίτητων βημάτων που απαιτούνται, προκειμένου να προχωρήσει η εταιρία στην εύρυθμη διεκπεραίωση των αιτημάτων που υποβάλλονται για τροποποιήσεις.

Για την ταχύτερη εξυπηρέτησή σας, παρακαλούμε όπως αποστέλεται τα αιτήματα τροποποιήσεων σας στην ηλεκτρονική διεύθυνση [prosthesprakseiszois@generali.gr](mailto:prosthesprakseiszois@generali.gr) συμπληρώνοντας ως θέμα στο mail, έναν από τους παρακάτω χαρακτηρισμούς, αναφέροντας αναγκαστικά σε κάθε περίπτωση και τον Αρ. Συμβολαίου (π.χ. Αλλαγή στοιχείων πελάτη – Αρ. Συμβολαίου):

- Αλλαγή συχνότητας πληρωμής
- Αλλαγή στοιχείων πελάτη
- Προσθήκη καλύψεων ή μελών
- Αφαίρεση καλύψεων ή μελών
- Αλλαγή στις καλύψεις
- Εξαγορά/ Λήξη/ Δάνειο/ Ακύρωση/ Έκτακτο Ασφάλιστρο
- Αλλαγή δικαιούχου ή συμβαλλομένου
- Παράταση συμπληρωματικών παροχών

Επιπλέον, όσον αφορά τις πιο κάτω αναφερόμενες περιπτώσεις, στο σώμα του mail θα πρέπει να συμπεριλάβετε τα εξής στοιχεία:

- **Αλλαγή στοιχείων πελάτη:** πλήρη αναφορά στα στοιχεία επικοινωνίας/ ταυτοποίησης του πελάτη. Συγκεκριμένα, η επιθυμητή διεύθυνση, στοιχεία ταυτότητας, τηλ. επικοινωνίας, αλλαγή ονόματος κ.λπ.
- **Αλλαγή στις καλύψεις:** αναφορά στις συγκεκριμένες αλλαγές παραμέτρων καλύψεων όπως το κεφάλαιο, η επενδυτική πολιτική, η θέση νοσηλείας, το ποσό απαλλαγής κ.α.)
- **Παράταση συμπληρωματικών παροχών:** Όπως η συνέχιση κάλυψης σε βρέφη μετά τον 1<sup>ο</sup> δωρεάν χρόνο, η συνέχιση κάλυψης σε μεγαλύτερα παιδιά κατά την ενηλικίωση ή το 25<sup>ο</sup> έτος, όπου την δικαιούνται, κ.λπ.

Η ολοκλήρωση των αιτημάτων σας θα πραγματοποιείται το αργότερο **εντός 30 ημερών** και εφ' όσον έχουν αποσταλεί τα απαραίτητα δικαιολογητικά.

Αν επιθυμείτε να ενημερωθείτε για την πορεία των αιτημάτων σας, μπορείτε να απευθυνθείτε στο Τμήμα Εξυπηρέτησης στο τηλέφωνο 210 8096100.

# Δικαιολογητικά που Απαιτούνται

## 1. Προσθήκη Εξαρτωμένων Μελών

Η προσθήκη νέων μελών μπορεί να πραγματοποιηθεί αποκλειστικά στα ετησίως ανανεούμενα προγράμματα, τόσο στα τρέχοντα όσο και στα προηγούμενα. Έναρξη της κάλυψης είναι η πρώτη ημέρα του μήνα μετά την επίλυση των εκκρεμοτήτων.

Απαραίτητα δικαιολογητικά:

- Υπογεγραμμένη αίτηση τροποποίησης.
- Ερωτηματολόγιο ιατρικού ιστορικού (Σε περίπτωση που αφορά βρέφος, θα πρέπει να υπογράφεται μετά την συμπλήρωση των 30 ημερών και να προσκομίζεται βεβαίωση από τον παιδίατρο, ότι διενεργείται ο εμβολιασμός σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα και αναφορά εάν υπάρχει έλλειψη ενζύμου G6PD).
- Σε περίπτωση που απαιτείται προασφαλιστικός έλεγχος, θα πρέπει επισυνάπτεται καταθετήριο προκαταβολής 100€ (ηλικία > 56 για τα προγράμματα Medical Safety/ Family/ Prime).

## 2. Αλλαγή Συχνότητας Πληρωμής

Απαραίτητα δικαιολογητικά:

- Υπογεγραμμένη αίτηση τροποποίησης.
- Σε περίπτωση που ο πελάτης έχει επιλέξει την μηνιαία συχνότητα πληρωμής, είναι απαραίτητη η επισύναψη πάγιας εντολής για την χρέωση λογαριασμού ή κάρτας.
- Η αλλαγή στην συχνότητα πληρωμής πραγματοποιείται με έναρξη την πρώτη διαθέσιμη ανεξόφλητη απόδειξη και εφόσον, βάσει του διαστήματος που έχει ζητηθεί, η επέτειος του συμβολαίου συμπίπτει με πληρωμή.

### Παράδειγμα

Συμβόλαιο με επέτειο τον 1<sup>ο</sup>, πληρώνεται ανά τρίμηνο και στην ανανέωση 4<sup>ου</sup> ζητείται η αλλαγή σε εξάμηνο. Η αλλαγή **δεν** πραγματοποιείται, καθώς βάσει του ζητούμενου διαστήματος, ο Ιανουάριος θα περνά χωρίς να συμπίπτει πληρωμή.

Τα προγράμματα Guarantee και Care έχουν αποκλειστικά ετήσια συχνότητα πληρωμής.

## 3. Αλλαγή Συμβαλλομένου

Πραγματοποιείται μόνο σε ανεξόφλητη απόδειξη.

### Νοσοκομειακά Προγράμματα

Απαραίτητα δικαιολογητικά για **Φυσικά Πρόσωπα**:

- Υπογεγραμμένη αίτηση τροποποίησης. Στην πρώτη σελίδα, κάτω από τα στοιχεία του νέου συμβαλλόμενου, θα πρέπει να υπάρχει και η υπογραφή του στο αντίστοιχο πεδίο. Στην τελευταία σελίδα της αίτησης υπογράφει ο πρώην συμβαλλόμενος.
- Ταυτότητα νέου και πρώην συμβαλλόμενου.
- Ερωτηματολόγιο ιατρικού ιστορικού σε περίπτωση που υπάρχει η πρόθεση να προστεθεί ΑΠΑΣ.

Απαραίτητα δικαιολογητικά για **Νομικά πρόσωπα**:

- Αίτηση τροποποίησης, με συμπληρωμένα όλα τα στοιχεία, υπογραφή και σφραγίδα εταιρείας στην πρώτη σελίδα, νέος συμβαλλόμενος και στην τελευταία σελίδα ο παλιός συμβαλλόμενος.
- Φωτοτυπία ταυτότητας νόμιμου εκπροσώπου και πρώην συμβαλλομένου.
- ΦΕΚ σύστασης και εκπροσώπησης της Εταιρείας και τυχόν τροποποιήσεις αυτού (βλ. σελ. 9).

## Πρόσκαιρη Ασφάλιση

Απαραίτητα δικαιολογητικά για **Φυσικά Πρόσωπα**:

- Υπογεγραμμένη αίτηση τροποποίησης. Στην πρώτη σελίδα, κάτω από τα στοιχεία του νέου συμβαλλομένου, θα πρέπει να υπάρχει και η υπογραφή του στο αντίστοιχο πεδίο. Στην τελευταία σελίδα της αίτησης υπογράφει ο πρώην συμβαλλόμενος.
- Ταυτότητα νέου και πρώην συμβαλλομένου.
- Ερωτηματολόγιο ιατρικού ιστορικό, σε περίπτωση που υπάρχει η πρέπει να προστεθεί ΑΠΑΣ.
- Βεβαίωση απόδοσης ΑΦΜ ή απόκομμα του ανωτέρω μέρους εκκαθαριστικού (χωρίς αναφορά σε εισόδημα), για την βεβαίωση του αριθμού φορολογικού του μητρώου και της διεύθυνσης. (Απλουστευμένη Δέουσα Επιμέλεια).

Απαραίτητα δικαιολογητικά για **Νομικά Πρόσωπα**:

- Αίτηση τροποποίησης (συμπληρωμένα όλα τα στοιχεία, υπογραφή και σφραγίδα εταιρείας στην πρώτη σελίδα - νέος συμβαλλόμενος και στην τελευταία σελίδα ο παλιός).
- Φωτοτυπία ταυτότητας νόμιμου εκπροσώπου και παλαιού συμβαλλομένου.
- ΦΕΚ σύστασης και εκπροσώπησης της Εταιρείας και τυχόν τροποποιήσεις αυτού (βλ. σελ. 9).
- Δήλωση ταυτότητας πραγματικού δικαιούχου.
- Αυξημένη επιμέλεια (βλ. σελ. 9).

## Προγράμματα με Αξία Εξαγοράς

Απαραίτητα δικαιολογητικά για **Φυσικά Πρόσωπα**:

- Υπογεγραμμένη αίτηση τροποποίησης. Στην πρώτη σελίδα, κάτω από τα στοιχεία του νέου συμβαλλομένου, θα πρέπει να υπάρχει και η υπογραφή του στο αντίστοιχο πεδίο. Στην τελευταία σελίδα της αίτησης υπογράφει ο παλιός συμβαλλόμενος.
- Ταυτότητα νέου και παλαιού συμβαλλομένου.
- Ερωτηματολόγιο ιατρικού ιστορικού σε περίπτωση που υπάρχει η πρέπει να προστεθεί ΑΠΑΣ.
- Βεβαίωση απόδοσης ΑΦΜ ή απόκομμα του ανωτέρω μέρους εκκαθαριστικού (χωρίς αναφορά σε εισόδημα), για την βεβαίωση του αριθμού φορολογικού του μητρώου και της διεύθυνσης. (Απλουστευμένη Δέουσα Επιμέλεια).

Απαραίτητα δικαιολογητικά για **Νομικά Πρόσωπα**:

- Αίτηση τροποποίησης (συμπληρωμένα όλα τα στοιχεία, υπογραφή και σφραγίδα εταιρείας στην πρώτη σελίδα- νέος συμβαλλόμενος και στην τελευταία σελίδα ο παλιός).
- Φωτοτυπία ταυτότητας νόμιμου εκπροσώπου και παλαιού συμβαλλομένου.
- ΦΕΚ σύστασης και εκπροσώπησης της Εταιρείας και τυχόν τροποποιήσεις αυτού (βλ. σελ. 9).
- Δήλωση ταυτότητας πραγματικού δικαιούχου - συμπεριλαμβανομένων αντιγράφων ΑΔΤ - εάν είναι διαφορετικοί από τον νόμιμο εκπρόσωπο.

- Αυξημένη επιμέλεια (βλ. τελευταία σελίδα).
- Έντυπο SSC.
- Δήλωση φορολογικής κατοικίας πραγματικού δικαιούχου εάν αφορά σε παθητικό χρημ/κο ίδρυμα.

#### 4. Αλλαγή Χρήσης ή Μη Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης στο πρόγραμμα Medical Prime

Πραγματοποιείται μόνο σε επέτειο.

- Εάν πρόκειται να προστεθεί φορέας, θα πραγματοποιείται μόνο στην επόμενη επέτειο από την ημερομηνία υποβολής του αιτήματος.
- Αν πρόκειται να αφαιρεθεί ο φορέας δύναται να πραγματοποιείται αναδρομικά με ισχύ από την προηγούμενη επέτειο από την ημερομηνία υποβολής του αιτήματος, με την προϋπόθεση να μην υπάρχει ανοιχτός φάκελος προς αποζημίωση.

Απαραίτητα δικαιολογητικά:

- Αίτηση τροποποίησης.
- Γνωστοποίηση του φορέα ασφάλισης (σε περίπτωση προσθήκης φορέα).

#### 5. Αλλαγή στις Καλύψεις Νοσοκομειακών Προγραμμάτων

- Στα ισόβια νοσοκομειακά προγράμματα δεν πραγματοποιούνται αλλαγές που αυξάνουν τον κίνδυνο που έχει ήδη αποδεχτεί η εταιρεία, όπως π.χ. η προσθήκη μελών, βελτίωση θέσης, μείωση απαλλαγής, αύξηση κεφαλαίου κάλυψης. Μείωση της απαλλαγής μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο για όσους έχουν προαγοράσει το δικαίωμα μελλοντικής μείωσης (στην επέτειο του συμβολαίου).
- Στα ετησίως ανανεούμενα προγράμματα:
  1. Αύξηση/ Μείωση της απαλλαγής, προσθήκη/ αφαίρεση First Expenses Kit, προσθήκη/ αφαίρεση Health Keeper (rider) και προσθήκη/ αφαίρεση μελλοντικής μείωσης και αύξηση του κεφαλαίου του νοσοκομειακού προγράμματος πραγματοποιείται για όλα τα ασφαλιστήρια συμβόλαια στην επέτειο και όντας το ασφαλιστήριο ανεξόφλητο. Απαραίτητη προϋπόθεση η αποστολή αίτησης τροποποίησης και ερωτηματολογίου υγείας (όπου αυξάνεται ο κίνδυνος).
  2. Μείωση κεφαλαίου νοσοκομειακού προγράμματος και αλλαγή στη θέση νοσηλείας πραγματοποιούνται από την έναρξη της ανεξόφλητης απόδειξης. Απαραίτητη προϋπόθεση η αποστολή αίτησης τροποποίησης και ερωτηματολογίου υγείας (όπου αυξάνεται ο κίνδυνος).
  3. Προσθήκη λοιπών συμπληρωματικών παροχών πραγματοποιούνται από την πρώτη του επόμενου μήνα που θα ολοκληρωθούν οι εκκρεμότητες ή από την έναρξη της ανεξόφλητης απόδειξης. Απαραίτητη προϋπόθεση η αποστολή αίτησης τροποποίησης και ερωτηματολογίου υγείας (όπου αυξάνεται ο κίνδυνος).

#### 6. Αλλαγή Νοσοκομειακού Προγράμματος

- **Μεταφορά από Ισόβιο Νοσοκομειακό σε Ετησίως Ανανεούμενο Νοσοκομειακό Πρόγραμμα.**  
Σε περίπτωση που επιθυμεί υφιστάμενος πελάτης της Generali να μεταφερθεί από ισόβιο σε ετησίως ανανεούμενο πρόγραμμα, θα πρέπει στην επέτειο του ασφαλιστηρίου να υποβάλλεται νέα προσφορά και να πραγματοποιείται η λήψη του ερωτηματολογίου, διασφαλίζοντας όμως στον πελάτη όρο συνέχειας για τις υφιστάμενες παροχές.

- **Μεταφορά από Ετησίως Ανανεούμενο σε άλλο Ετησίως Ανανεούμενο Νοσοκομειακό Πρόγραμμα.**

Σε περίπτωση που επιθυμεί υφιστάμενος πελάτης της Generali να μεταφερθεί από ετησίως ανανεούμενο πρόγραμμα σε άλλο Ετησίως Ανανεούμενο πρόγραμμα, θα πρέπει στην επέτειο του ασφαλιστηρίου να υποβάλλεται νέα προσφορά και να πραγματοποιείται η λήψη του ερωτηματολογίου, διασφαλίζοντας όμως στον πελάτη όρο συνέχειας για τις υφιστάμενες παροχές.

- **Μεταφορά από το παλιό Ετησίως στο νέο Ετησίως Ανανεούμενο Νοσοκομειακό Πρόγραμμα.**

Σε περίπτωση που επιθυμεί να μεταφερθεί από τα ετησίως Medical Safety ή Family στα νέας γενιάς αντίστοιχα προγράμματα, η αλλαγή πραγματοποιείται στην επέτειο του ασφαλιστηρίου και όντας ανεξόφλητο με προσκόμιση αίτησης τροποποίησης (και ερωτηματολογίου υγείας σε περίπτωση αύξησης του κινδύνου).

## 7. Έκτακτη Καταβολή σε Αποταμιευτικό Πρόγραμμα

Απαραίτητα δικαιολογητικά:

- Έντυπο τροποποίησης.
- Ταυτότητα συμβαλλομένου.
- Δικαιολογητικά για απλουστευμένη ή αυξημένη δέουσα επιμέλεια (βλ. τελευταία σελίδα).
- Καταθετήριο.

## 8. Επαναφορά προγραμμάτων

Ετησίως Ανανεούμενα νοσοκομειακά προγράμματα.

Έως 90 ημέρες από την ημερομηνία οφειλής η επαναφορά πραγματοποιείται με απλή κατάθεση σε λογαριασμό της εταιρείας με αιτιολογία τον αριθμό συμβολαίου.

Από 90 έως και 120 ημέρες από την ημερομηνία οφειλής πραγματοποιείται με την προσκόμιση των παρακάτω:

- Υπογεγραμμένης αίτησης τροποποίησης
- Υπογεγραμμένο ερωτηματολόγιο ιατρικού ιστορικού
- Καταθετήριο

Τα προγράμματα Medical Prime, Health Keeper, Health Care δεν επαναφέρονται σε περίπτωση παρέλευσης 90 ημερών από την ημερομηνία οφειλής.

Για τα λοιπά προγράμματα ισχύουν τα ακόλουθα:

Τα προγράμματα 5%, 4,25% και 3,35% επιτοκίου μπορούν να επαναφερθούν κατόπιν επιβεβαίωσης του εισπρακτικού, χωρίς έλεγχο από Underwriting εντός 90 ημερών δεδομένου ότι έχουν νοσοκομειακή κάλυψη. Όσα δεν διαθέτουν νοσοκομειακή κάλυψη μπορούν να επαναφερθούν μόνο εάν ορίζεται στο συμβόλαιο.

Τα προγράμματα 2,5% και 1% επιτοκίου δεν επαναφέρονται σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου.

Ακύρωση προγραμμάτων:

1. Τα προγράμματα με επιτόκιο 4,25% και 5% ακυρώνονται στις 30 ημέρες.
2. Όλα τα υπόλοιπα στις 60 ημέρες.



## 9. Παράταση Συμπληρωματικών Παροχών Εξαρτωμένων Μελών

- Για τα προγράμματα που προβλέπεται λήξη της κάλυψης εξαρτωμένων μελών στο 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους, με δυνατότητα παράτασης σε περίπτωση φοίτησης μέχρι και το 25<sup>ο</sup> έτος, απαιτείται βεβαίωση εγγραφής ή βεβαίωση φοίτησης σε ίδρυμα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αναγνωρισμένο από το Υπ. Παιδείας.
- Σε περίπτωση που κατά την ενηλικίωση το εξαρτώμενο μέλος δεν έχει ακόμα εγγραφεί σε ίδρυμα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ή πρόκειται να προσπαθήσει για 2<sup>η</sup> φορά, δύναται να δοθεί προσωρινή μονοετής παράταση παροχών και με απλή δήλωση του πελάτη.
- Για το πρόγραμμα New Medical Safety η παράταση μετά το 25<sup>ο</sup> έτος, για όσο το εξαρτώμενο μέλος παραμένει άγαμο, πραγματοποιείται με προσκόμιση πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.

Τη Βεβαίωση σπουδών θα πρέπει να τη συνοδεύει αίτηση τροποποίησης ή email του πελάτη, αρκεί να συνάδει η ηλεκτρονική διεύθυνση με το ονοματεπώνυμο του.

## 10. Δωρεάν Κάλυψη Νεογέννητου

Η δωρεάν προσθήκη νέων μελών μπορεί να πραγματοποιηθεί αποκλειστικά στα ετησίως ανανεούμενα προγράμματα New Medical Safety και Medical Easy. Έναρξη της κάλυψης είναι η πρώτη του μήνα, μετά την επίλυση των εκκρεμοτήτων και η λήξη της κάλυψης αναγράφεται στους όρους του εκάστοτε ασφαλιστηρίου.

Απαραίτητα δικαιολογητικά:

- Υπογεγραμμένη αίτηση τροποποίησης και επισήμανση στα ιδιαίτερα αιτήματα της αίτησης (σελ. 5) ότι επιθυμεί ο συμβαλλόμενος να προστεθεί το τέκνο χωρίς ασφάλιστρο για 1 έτος.
- Ερωτηματολόγιο κατάστασης υγείας. (στην πλατφόρμα One View).
- Σε περίπτωση που αφορά βρέφος, θα πρέπει να υπογράφεται μετά την συμπλήρωση των 30 ημερών και να προσκομίζεται βεβαίωση από τον παιδίατρο ότι διενεργείται ο εμβολιασμός σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα και εάν έχει ή όχι έλλειψη ενζύμου G6PD).

## 11. Επιστροφή προκαταβολής

Η προκαταβολή συμψηφίζεται με την πρώτη δόση.

Εάν ο υποψήφιος προς ασφάλιση έχει διενεργήσει προασφαλιστικό έλεγχο, δεν προχωράμε σε επιστροφή προκαταβολής.

Διαφορετικά, για τις επιστροφές προκαταβολών χρειάζεται να μας προσκομιστούν τα κάτωθι:

- Αντίγραφο τραπεζικού λογαριασμού του πελάτη στον οποίο εμφανίζεται ως δικαιούχος.
- Αντίγραφο του καταθετηρίου της προκαταβολής που πραγματοποιήθηκε σε λογαριασμό της Εταιρείας.

## 12. Αλλαγή Διεύθυνσης

Σε προγράμματα με αξία εξαγοράς και στην πρόσκαιρη ασφάλιση θα πρέπει να λαμβάνουμε αίτηση τροποποίησης συμπληρωμένης, καθώς και αποδεικτικό αλλαγής.

Στα υπόλοιπα προγράμματα εάν δεν προσκομισθεί αίτηση τροποποίησης, αρκεί και email του πελάτη, εφόσον αυτό είναι ίδιο με το ονοματεπώνυμο του.



# Δικαιολογητικά Δέουσας Επιμέλειας

## Δέουσα Επιμέλεια - Φυσικό Πρόσωπο

Πελάτης	Φυσικό Πρόσωπο
Απλουστευμένη Δέουσα Επιμέλεια	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Δελτίο αστυνομικής ταυτότητας</b> με το οποίο βεβαιώνουμε Α.Δ.Τ στο οποίο αναφέρεται εκδούσα αρχή, ημερομηνία και τόπος γέννησης, υπηκοότητα και χώρα διαμονής.</li><li>▪ <b>Βεβαίωση απόδοσης ΑΦΜ ή απόκομμα του ανωτέρω μέρους εκκαθαριστικού (χωρίς αναφορά σε εισόδημα)</b> για την βεβαίωση του αριθμού φορολογικού του μητρώου και της διεύθυνσης.</li></ul>
Αυξημένη Δέουσα Επιμέλεια	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Όλα τα αναφερόμενα στο κελί Β2 (Απλουστευμένη Δ.Ε), και</li><li>▪ Συλλογή των εκκαθαριστικών των τριών τελευταίων ετών, μαζί με τα ποσά εισοδήματος.</li><li>▪ Έγκριση της σύναψης ασφαλιστικής σχέσης- καταβολής ή συναλλαγής από το Τμήμα Κανονιστικής Συμμόρφωσης κατόπιν εξέτασης των ανωτέρω.</li></ul>

## Δέουσα Επιμέλεια - Νομικό Πρόσωπο

Πελάτης	Ανώνυμες Εταιρείες & Ε.Π.Ε
Αυξημένη Δέουσα Επιμέλεια (εξ' ορισμού των κριτηρίων για τα Νομικά Πρόσωπα)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Φ.Ε.Κ Σύστασης</b> που έχει δημοσιευτεί η περίληψη του καταστατικού, το οποίο και περιέχει:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Την επωνυμία, την έδρα, τον σκοπό, τον αριθμό των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και τα ονόματα των Διαχειριστών της εταιρείας Περιορισμένης Ευθύνης</li><li>○ Τον τρόπο εκπροσώπησης της εταιρείας</li><li>○ Τον αριθμό και χρονολογία της απόφασης της αρχής που ενέκρινε την σύσταση της Α.Ε ή τον αριθμό της πράξης καταχώρησης της Ε.Π.Ε.</li></ul></li><li>▪ <b>Το Φ.Ε.Κ (ΓΕΜΗ)</b> με τυχόν τροποποιήσεις του καταστατικού που αφορούν τα παραπάνω, συνοδευόμενα από πρόσφατα πιστοποιητικά μεταβολών /τροποποιήσεων του καταστατικού εκδιδόμενα από τις αρμόδιες αρχές.</li><li>▪ <b>Τα στοιχεία επαλήθευσης της ταυτότητας των πραγματικών δικαιούχων</b>, των νόμιμων εκπροσώπων και όλων των ατόμων που είναι εξουσιοδοτημένα να χειρίζονται το λογαριασμό της εταιρείας.</li><li>▪ Για τις Ανώνυμες μόνο εταιρείες, απαιτείται και <b>πρακτικό γενικής συνέλευσης περί εκλογής του Διοικητικού Συμβουλίου και πρακτικό Διοικητικού Συμβουλίου περί εξουσιοδότησεως των προσώπων που δεσμεύουν με την υπογραφή τους την εταιρεία</b>, καθώς και <b>βεβαίωση του μητρώου Α.Ε</b> περί καταχώρησης των δύο ανωτέρω πρακτικών ή <b>το ΦΕΚ στο οποίο δημοσιεύτηκε η βεβαίωση αυτή</b>.</li><li>▪ <b>Τρεις τελευταίοι ισολογισμοί</b> ή οποιοδήποτε έγγραφο δύναται να αποδείξει την πηγή των εσόδων της εταιρείας.</li><li>▪ Έγκριση της σύναψης ασφαλιστικής σχέσης-καταβολής ή συναλλαγής από το τμήμα κανονιστικής συμμόρφωσης κατόπιν εξέτασης των ανωτέρω.</li></ul>

Πελάτης	Προσωπικές Εταιρείες (Ο.Ε - Ε.Ε)	Ι.Κ.Ε
<p>Αυξημένη Δέουσα Επιμέλεια (εξ' ορισμού των κριτηρίων για τα Νομικά Πρόσωπα)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Επικυρωμένο αντίγραφο αρχικού καταστατικού</b> που έχει κατατεθεί στο Πρωτοδικείο καθώς και τυχόν τροποποιήσεών του.</li> <li>▪ <b>Πρόσφατο πιστοποιητικό του Πρωτοδικείου της έδρας της εταιρείας περί των τροποποιήσεων</b> του αρχικού καταστατικού.</li> <li>▪ <b>Στοιχεία πιστοποίησης και επαλήθευσης της ταυτότητας των εταίρων των νομικών προσώπων που είναι εξουσιοδοτημένα να χειρίζονται το λογαριασμό της εταιρείας</b> (όσα δεν επαληθεύονται από τα νομικά έγγραφα).</li> <li>▪ Έντυπα εισοδήματος <b>Ε.3 των τριών τελευταίων ετών.</b></li> <li>▪ Έγκριση της σύναψης ασφαλιστικής σχέσης-καταβολής ή συναλλαγής από το τμήμα κανονιστικής συμμόρφωσης κατόπιν εξέτασης των ανωτέρω.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Καταστατικό της εταιρείας</b>, όπως ισχύει.</li> <li>▪ <b>Το Φ.Ε.Κ (ΓΕΜΗ)</b> με τυχόν τροποποιήσεις του καταστατικού.</li> <li>▪ <b>Στοιχεία ταυτότητας των νόμιμων εκπροσώπων</b> και όλων των προσώπων που είναι εξουσιοδοτημένα να χειρίζονται τον λογαριασμό του προσώπου ή της οντότητας.</li> <li>▪ <b>Τρεις τελευταίοι ισολογισμοί</b> ή οποιοδήποτε έγγραφο δύναται να αποδείξει την πηγή των εσόδων της εταιρείας.</li> <li>▪ Έγκριση της σύναψης ασφαλιστικής σχέσης-καταβολής ή συναλλαγής από το τμήμα κανονιστικής συμμόρφωσης κατόπιν εξέτασης των ανωτέρω.</li> </ul>

### Κριτήρια για την Εφαρμογή Αυξημένης Δέουσας Επιμέλειας

- Όταν υφίσταται διασυνοριακή σχέση ανταπόκρισης με ίδρυμα πελάτη από Τρίτη χώρα.
- Στις συναλλαγές με PEP (πολιτικά εκτεθειμένα πρόσωπα), τα οποία φαίνονται στο σύστημα κατόπιν του δικού μας ελέγχου.
- Όταν τα πρόσωπα που συνάπτουμε σχέση είναι εγκατεστημένα σε Τρίτη χώρα που χαρακτηρίζονται από την Ευρωπαϊκή επιτροπή ως υψηλού κινδύνου.
- Εάν η επιχειρηματική σχέση που αναπτύσσεται είναι ασυνήθιστη (π.χ. μια εταιρεία να ασφαρίζει κάποιον τρίτο που φαίνεται να μην έχει σχέση με την εταιρεία).
- Νομικά Πρόσωπα (Εταιρείες).
- Εταιρείας με μετόχους ασκούντες καθήκοντα εξ' ονόματος άλλου προσώπου ή ανώνυμες εταιρείες.
- Εταιρείες με ιδιοκτησιακή δομή πολύ πολύπλοκη.
- Εάν ο συμβαλλόμενος είναι τρίτος με τον οποίο δεν προκύπτει σχέση με τον πραγματικό δικαιούχο.
- Πελάτες οι οποίοι συνδέονται με ιδιαίτερους τομείς (π.χ. επάγγελμα), όπως πετρέλαιο, πολύτιμα μέταλλα, προϊόντα καπνού, αντικείμενα θρησκευτικής πολιτιστικής σημασίας κλπ.
- Όταν η συναλλαγή (π.χ. έκτακτη καταβολή), είναι άνω των 15.000€ (είτε μεμονωμένα είτε αθροιστικά πολλές καταβολές να αθροίζονται στα 15.000€).