



Capital

Σύστημα Αποταμίευσης & Επένδυσης INTERAMERICAN

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΠΡΟΣ ΤΗΝ
INTERAMERIKAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

10301704

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
ΕΠΩΝΥΜΟ (ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ)	Δ.Ο.Υ. ΑΔΤ/ΑΡ. ΔΙΑΒ.
ΟΝΟΜΑ (ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ)**	ΜΟΝΙΜΟΣ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ☐ Η.Π.Α. ☐ ΕΚΤΟΣ Η.Π.Α.
ΦΥΛΟ ☐ Α ☐ Θ	ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΥΠΟΚΕΙΣΤΕ ΣΕ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΕ ΧΩΡΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ☐ Η.Π.Α. ☐ ΕΚΤΟΣ Η.Π.Α.
ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΧΩΡΑ ΦΟΡΟΛΟΓΗΣΗΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ Τ.Κ.
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ 1	ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ 2	ΤΗΛ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΑ ΕΚΤΕΘΕΙΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ
ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ	FAX
Α.Φ.Μ. ΕΛΛΑΔΑΣ	E-MAIL
Α.Φ.Μ. ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ	
Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Δ/ΝΣΗ ΚΥΡΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΥΡΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ Τ.Κ.
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ/ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΚΥΡΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ
ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΤΗΛ. ΚΥΡΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ*	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ	ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ Τ.Κ.	ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

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

** (α) Είδος Νομικού Προσώπου:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Ομόρρυθμος Εταιρία Ο.Ε. | ☐ Ετερόρρυθμος Εταιρία Ε.Ε. | ☐ Εταιρία Περιορισμένης Ευθύνης Ε.Π.Ε. | ☐ Ανώνυμος Εταιρία Α.Ε. |
| ☐ Δήμοι-Δημόσιοι Οργανισμοί-Δημόσιες Υπηρεσίες | ☐ Άλλη Νομική Μορφή | ☐ Ιδιωτ. Κεφαλ/χική Εταιρία (Ι.Κ.Ε) | ☐ Σωματείο |
| ☐ Καταπίστευμα (Trust) | ☐ Μη Κυβερνητική Οργάνωση (Μ.Κ.Ο) | ☐ Αστική μη Κερδοσκοπική εταιρία | |
| ☐ ΝΠ Δημοσίου Δικαίου | ☐ Υπεράκτια-OFFSHORE | ☐ Ίδρυμα | |

(β) Πραγματικοί Δικαιούχοι Νομικού Προσώπου: Παρακαλούμε συμπληρώστε τα στοιχεία 3 δικαιούχων:

Επώνυμο:	Όνομα:	ΑΦΜ:
Επώνυμο:	Όνομα:	ΑΦΜ:
Επώνυμο:	Όνομα:	ΑΦΜ:

Ηλεκτρονική παραλαβή ασφαλιστικών εγγράφων

- ☐ Ως Συμβαλλόμενος επιθυμώ να παραλαμβάνω ηλεκτρονικά στο email που δηλώνω παραπάνω τους όρους ασφάλισης, Γενικούς & Ειδικούς, καθώς και το σύνολο των ασφαλιστικών εγγράφων που αφορούν στη συγκεκριμένη ασφαλιστική σύμβαση.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΦΥΛΟ ☐ Α ☐ Θ
ΟΝΟΜΑ	ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	Α.Φ.Μ.
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	Δ.Ο.Υ.
ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΔΤ/Α.ΔΙΑΒ.

Υπογραφή Υποκατάστατου Συμβαλλομένου _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

(Συμπληρώνεται όταν ο Συμβαλλόμενος και ο Ασφαλιζόμενος δεν είναι το ίδιο πρόσωπο)

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
ΕΠΩΝΥΜΟ	Δ.Ο.Υ.
ΟΝΟΜΑ	ΑΔΤ/ΑΡ. ΔΙΑΒ.
ΦΥΛΟ ☐ Α ☐ Θ	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ T.K.
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΤΗΛ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	FAX
A.Φ.Μ.	E-MAIL
Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Δ/ΝΣΗ ΚΥΡΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΥΡΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ T.K.
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ/ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΚΥΡΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ
ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΤΗΛ. ΚΥΡΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ) Ονοματεπώνυμο	Ημερ. Γεν.	Συγγένεια	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ Ονοματεπώνυμο	Ημερ. Γεν.	Συγγένεια

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΙΤΩΝ ΓΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα στοιχεία 3 ατόμων μέσω των οποίων η εταιρία θα έρθει σε επικοινωνία με το Συμβαλλόμενο ή με τους Δικαιούχους, σε περίπτωση αλλαγής διεύθυνσης.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ
1.		
2.		
3.		

ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΑ ΣΕ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

• Αξιολόγηση συμβατότητας πελάτη	☐ ΣΥΜΒΑΤΟΣ	☐ ΜΗ ΣΥΜΒΑΤΟΣ
• Επενδυτικό προφίλ βάσει ερωτηματολογίου καταλληλότητας	☐ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΙ	☐ ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΤΙΚΟ ☐ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΟ
	☐ ΙΣΟΡΡΟΠΗΜΕΝΟ	☐ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟ
• Συμφωνεί ο πελάτης με το προαναφερόμενο προφίλ;	☐ ΣΥΜΦΩΝΕΙ	☐ ΔΕΝ ΣΥΜΦΩΝΕΙ

CAPITAL INVEST

☐ Capital Invest Πλάνο Α (385)

Ονομασία Λογαριασμού _____
Εφάπαξ Ασφάλιστρο _____
Αριθμός Μητρώου _____

☐ Capital Invest Πλάνο Β (285)

Ονομασία Λογαριασμού _____
Εφάπαξ Ασφάλιστρο _____

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΜΟΙΒΑΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ (ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ ≥ €2.000)

ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

☐ ΜΕ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ

☐ ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ ☐ ΚΑΘΕ ΤΡΙΜΗΝΟ ☐ ΚΑΘΕ ΕΞΑΜΗΝΟ ☐ ΕΤΗΣΙΟ

☐ ΜΕ ΠΑΓΙΑ ΕΝΤΟΛΗ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ*

☐ ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ ☐ ΚΑΘΕ ΤΡΙΜΗΝΟ ☐ ΚΑΘΕ ΕΞΑΜΗΝΟ ☐ ΕΤΗΣΙΟ

☐ ΑΛΛΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ (ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ - ΜΕΤΡΗΤΑ - ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΑ)

☐ ΚΑΘΕ ΤΡΙΜΗΝΟ ☐ ΚΑΘΕ ΕΞΑΜΗΝΟ ☐ ΕΤΗΣΙΟ

* Η ενεργοποίηση της πάγιας εντολής γίνεται μετά την έκδοση του συμβολαίου

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

Εάν η εξόφληση των ασφαλιστρών μου γίνεται με πάγια εντολή (πιστωτική κάρτα ή λογαριασμός) τα χρήματα επιστρέφονται στην πιστωτική ή τον λογαριασμό αυτής της πάγιας εντολής. Σε διαφορετική περίπτωση θα κατατεθούν τα χρήματα από την Εταιρία στο λογαριασμό μου με τα παρακάτω στοιχεία.

ΤΡΑΠΕΖΑ: _____ IBAN: _

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

Συμφωνώ με τον οφειλόμενο ασφαλιστήριό μου. **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Επιθυμώ το οφειλόμενο ασφαλιστήριο (εφάπαξ ή πρώτη δόση) του προγράμματος ασφάλισης που επιλέγω με την αίτηση αυτή, να πληρωθεί με το ασφάλισμα λήξης του ασφαλιστηρίου συμβολαίου με αριθμό _____.

Για το σκοπό αυτό, εξουσιοδοτώ την INTERAMERICAN να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες.

Άλλα αιτήματα _____

CAPITAL SAVE (585)

Ονομασία Λογαριασμού _____
Διάρκεια (άνω των 10 ετών επένδυσης) _____
Ετήσιο Ασφάλιστρο _____

(Ηλικία του ασφαλιζομένου στη λήξη ≥ 55 ετών)

Αναπροσαρμογή Ετησίως ☐ 0% ☐ 2% ☐ 3% ☐ 5%

(Δεν μπορεί να επιλεγεί εφόσον συνδυαστεί με τις καλύψεις ΑΠΑ(Π2) και ΑΠΑΣ (Π2Β))

ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΟΥ ΑΜΟΙΒΑΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ (ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ ≥ €300)

CAPITAL PENSION (185)

Ονομασία Λογαριασμού _____
Διάρκεια _____
Ετήσιο Ασφάλιστρο _____

(Ηλικία του ασφαλιζομένου στη λήξη ≥ 55 ετών)

Αναπροσαρμογή Ετησίως ☐ 0% ☐ 2% ☐ 3% ☐ 5% ☐ 7 %

ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΟΥ ΑΜΟΙΒΑΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ (ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ ≥ €600)

ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

☐ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΟΥ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΕΣ

(Επιλέγονται στην περίπτωση που έχει επιλεγεί Capital Save ή Capital Pension)

- ☐ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ (Π2)
- ☐ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (Π2Β)
- ☐ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (Π1Γ)
Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο € _____
- ☐ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ & ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (Π5Γ)
Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο € _____
- * ☐ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ (Π3Δ)
Μηνιαίο Εισόδημα € _____
- * ☐ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΙ ΟΛΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΕΦΑΠΞ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ (Π3Η)
Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο € _____
- ☐ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (Π15Β)
Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο € _____
- ☐ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΡΟΣΚΑΙΡΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (Π63Α)
Μηνιαίο Εισόδημα € _____
Καταβολή ☐ 7η μέρα ☐ 15η μέρα
- ☐ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ (Π16Β)
Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο € _____
- ☐ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΡΟΣΚΑΙΡΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ (Π17Β)
Μηνιαίο Εισόδημα € _____
Καταβολή ☐ 7η μέρα ☐ 15η μέρα
- ☐ ΑΠΛΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΖΩΗΣ (139)
Συνδυάζεται με Capital Pension
Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο € _____
Διάρκεια

* Τα προσαρτήματα με τους κωδικούς Π3Δ και Π3Η δεν μπορούν να επιλεγούν ταυτόχρονα.

ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

- ☐ ΜΕ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ
☐ ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ ☐ ΚΑΘΕ ΤΡΙΜΗΝΟ ☐ ΚΑΘΕ ΕΞΑΜΗΝΟ ☐ ΕΤΗΣΙΟ
- ☐ ΜΕ ΠΑΓΙΑ ΕΝΤΟΛΗ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ*
☐ ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ ☐ ΚΑΘΕ ΤΡΙΜΗΝΟ ☐ ΚΑΘΕ ΕΞΑΜΗΝΟ ☐ ΕΤΗΣΙΟ
- ☐ ΑΛΛΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ (ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ - ΜΕΤΡΗΤΑ - ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΑ)
☐ ΚΑΘΕ ΤΡΙΜΗΝΟ ☐ ΚΑΘΕ ΕΞΑΜΗΝΟ ☐ ΕΤΗΣΙΟ

* Η ενεργοποίηση της πάγιας εντολής γίνεται μετά την έκδοση του συμβολαίου

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

Εάν η εξόφληση των ασφαλίσεων μου γίνεται με πάγια εντολή (πιστωτική κάρτα ή λογαριασμός) τα χρήματα επιστρέφονται στην πιστωτική ή τον λογαριασμό αυτής της πάγιας εντολής. Σε διαφορετική περίπτωση θα κατατεθούν τα χρήματα από την Εταιρία στο λογαριασμό μου με τα παρακάτω στοιχεία.

ΤΡΑΠΕΖΑ: IBAN: _

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

Συμψηφισμός οφειλόμενου ασφαλίστρου ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Επιθυμώ το οφειλόμενο ασφαλιστρο (εφάπαξ ή πρώτη δόση) του προγράμματος ασφάλισης που επιλέγω με την αίτηση αυτή, να πληρωθεί με το ασφάλισμα λήξης του ασφαλιστηρίου συμβολαίου με αριθμό _____.

Για το σκοπό αυτό, εξουσιοδοτώ την INTERAMERICAN να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες.

Άλλα αιτήματα

☐ ΑΜΕΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ INTERAMERICAN

Επιθυμώ την κάλυψη για Υγειονομική Μεταφορά και Προσωπική Βοήθεια που παρέχεται από το πρόγραμμα με την ονομασία «Άμεση Ιατρική Βοήθεια», όπως αυτό προβλέπεται από το υπ' αριθμ. 1800700 Ομαδικό Ασφαλιστήριο, το οποίο έχει συναφθεί μεταξύ της «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.» και της «INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ» και δηλώνω ότι τα άτομα στα οποία θα παρέχεται η προβλεπόμενη από το παραπάνω Ομαδικό Ασφαλιστήριο κάλυψη, είναι τα παρακάτω αναφερόμενα:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ**				
	Επώνυμο	Όνομα	Ημερ. Γέννησης (ημ/μήνας/έτος)	Φύλο (Α/Θ)
ΣΥΖΥΓΟΣ				
1ο ΠΑΙΔΙ				
2ο ΠΑΙΔΙ				
3ο ΠΑΙΔΙ				

** Οποιαδήποτε μεταβολή στην οικογενειακή κατάσταση του κυρίως ασφαλιζομένου (νέο μέλος στην οικογένεια, γάμος, διαζύγιο) πρέπει να δηλώνεται άμεσα και εγγράφως στην Εταιρία.

ΑΜΟΙΒΑΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ

Έχετε το δικαίωμα να επιλέξετε μέχρι και πέντε (5) Αμοιβαία Κεφάλαια. Σημειώστε απαραίτητα τα ποσοστά κατανομής. Τα ποσοστά που θα σημειώσετε στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται στα ποσοστά του επενδυσόμενου ασφαλιστρού που θα διατίθενται για την κατανομή στο ασφαλιστήριο των αντίστοιχων μεριδίων κάθε Αμοιβαίου Κεφαλαίου.

Τα έντυπα «Βασικές Πληροφορίες για τους Επενδυτές» (ΚΙΙΙΔ) βρίσκονται στο www.interamerican.gr.

EUROBANK ASSET MANAGEMENT A.E.Δ.Α.Κ.		
☐ Interamerican Χρηματαγοράς Κυμαινόμενης Καθαρής Αξίας Ενεργητικού		(ΔΔ) %
☐ Interamerican Σταθερό Ομολογιακό Εσωτερικού		(ΣΤ) %
☐ Interamerican Δολαρίου (USD) Ομολογιακό		(ΔΟ) %
☐ Interamerican Ελληνικό Μικτό		(ΕΛ) %
☐ Interamerican Δυναμικό Μετοχικό Εσωτερικού		(ΔΥ) %
☐ Interamerican Αναπτυσσόμενων Αγορών Μετοχικό Εξωτερικού		(ΕΜ) %
☐ Interamerican Νέα Ευρώπη Μετοχικό Εξωτερικού		(ΔΕ) %
☐ Interamerican (LF) Fund of Funds - Global Emerging Markets		(ΦΒ) %
☐ Interamerican (LF) Fund of Funds - ESG FOCUS		(RS) %
☐ Interamerican (LF) Equity-Global Equities Fund		(I 1) %
☐ Interamerican (LF) Equity - Emerging Europe Fund		(I 2) %
☐ Interamerican (LF) Reserve Fund		(I 3) %
☐ Interamerican (LF) Income Plus €		(I 6) %
☐ Interamerican (LF) Fund of Funds - Balanced Blend Global		(I 7) %
☐ Interamerican (LF) Fund of Funds – Global Low		(I 9) %
☐ Interamerican (LF) Fund of Funds - Global High		(I A) %
☐ Interamerican (LF) Fund of Funds - Equity Blend		(I B) %

ALPHA TRUST		
☐ Alpha Trust Euro Money Market Fund		(ΤΔ) %
☐ Alpha Trust Ομολογιών Εσωτερικού		(ΤΟ) %
☐ Alpha Trust Strategic Bond Fund		(ΤΣ) %
☐ Alpha Trust Eclectic Balanced Fund		(ΤΕ) %
☐ Alpha Trust Hellenic Equity Fund		(ΤΝ) %
☐ Alpha Trust Global Leaders Μετοχικό Εξωτερικού		(ΓΛ) %
☐ S&B Συνταξιοδοτικό Global Fund of Funds Μετοχικό		(ΣΒ) %

ΠΕΙΡΑΙΩΣ ASSET MANAGEMENT A.E.Δ.Α.Κ.		
☐ Πειραιώς Α/Κ Ομολόγων Ελληνικής Επιχειρηματικότητας		(ΛΖ) %

ATHOS ASSET MANAGEMENT A.E.Δ.Α.Κ.		
☐ ATHOS High Peaks - Ελληνικό Μετοχικό Αμοιβαίο Κεφάλαιο		(Α1) %

J.P.MORGAN ASSET MANAGEMENT		
☐ JPMorgan Funds - Europe Equity Plus Fund		(M6) %
☐ JPMorgan Funds - JPM Global Healthcare		(M7) %
☐ JPM Global High Yield Bond		(M8) %
☐ JPMorgan Funds - Latin America Equity Fund		(M9) %

PICTET		
☐ Pictet-Digital		(D2) %
☐ Pictet-Global Bonds		(D3) %
☐ Pictet-Global Emerging Debt		(D4) %
☐ Pictet-Japanese Equity Opportunities		(D5) %

BLACKROCK		
☐ BGF Asian Dragon Fund		(B7) %
☐ BGF US Basic Value Fund		(B8) %
☐ BGF Emerging Markets Fund		(B9) %
☐ BGF Euro Bond Fund		(BB) %

FRANKLIN TEMPLETON		
☐ Franklin Templeton Frontier Markets Equity Fund		(F5) %
☐ Franklin India Fund		(F4) %

ΟΙ ΟΣΕΚΑ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΕΓΓΥΗΜΕΝΗ ΑΠΟΔΟΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΑΠΟΔΟΣΕΙΣ ΔΕΝ ΔΙΑΣΦΑΛΙΖΟΥΝ ΤΙΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ

ΠΡΟΦΙΛ ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΟΥ

☐ ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΤΙΚΟ	☐ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΟ	☐ ΙΣΟΡΡΟΠΗΜΕΝΟ	☐ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟ
--	--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Με βάση τον ασφαλιστικό νόμο, για τη διασφάλιση της εγκυρότητας του ασφαλιστηρίου συμβολαίου είναι απαραίτητη:

- Η ειλικρινής και πλήρης συμπλήρωση των στοιχείων που αφορούν την ασφαλισιμότητα του/των Ασφαλισμένων. Γι' αυτό ο Συμβαλλόμενος πρέπει να δηλώσει κάθε στοιχείο ή περιστατικό υγείας που του είναι γνωστό και είναι αντικειμενικά σημαντικό για την εκτίμηση του ασφαλιστικού κινδύνου από την Εταιρία.
- Η πλήρης συμπλήρωση των στοιχείων αυτών, ακόμα και αν στο παρελθόν έχει υποβληθεί ξανά αίτηση ασφάλισης ή αποζημίωσης (ανεξάρτητα αν το αίτημα ικανοποιήθηκε ή όχι), ή έχει εκδοθεί ασφαλιστήριο συμβόλαιο με επασφάλιστρο ή εξαιρέσεις.

Ύψος και Βάρος Ασφαλιζόμενου και Συμβαλλόμενου

	Ύψος (cm)	Βάρος (kg)	Έχει μειωθεί το βάρος σας τον τελευταίο χρόνο (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Αν ΝΑΙ, διευκρινίστε πόσο βάρος (kg) και για ποιο λόγο.
ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ				
ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ				

Ταξίδι

1. Εργάζεστε ή διαμένετε για κάποιο χρονικό διάστημα εκτός Ελλάδας;

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	
ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐

Συνήθειες

2. Είστε καπνιστής ;
3. Πίνετε αλκοολούχα ποτά ;
4. Έχετε κάνει ή κάνετε χρήση ναρκωτικών, αναβολικών ή άλλων παραισθησιογόνων ουσιών;

ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐

Ιατρικό ιστορικό

Έχετε σήμερα ή κατά το παρελθόν, επισκεφτεί γιατρό εξαιτίας ατυχήματος ή πάθησης, ή συμπτώματος, και σας χορηγήθηκαν ιατρικές οδηγίες, φαρμακευτική αγωγή ή συστάσεις για να κάνετε διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση ή σας χορηγήθηκε άδεια ανικανότητας σχετικά με:

5. Καρδιά, υπέρταση, αρτηρίες και φλέβες
6. Πνεύμονες
7. Στομάχι, έντερα, χολή, ήπαρ, πάγκρεας
8. Νεφρά, ουροδόχο κύστη
9. Προστάτη
10. Εγκέφαλο ή άλλες παθήσεις του νευρικού συστήματος, ψυχιατρικές παθήσεις
11. Σπονδυλική στήλη, μύς, οστά, αρθρώσεις, ρευματικές παθήσεις
12. Δερματολογικές, χοληστερίνη ή τριγλυκερίδια, σακχαρώδη διαβήτη, θυρεοειδή, υπόφυση,
13. Μάτια, αυτιά
14. Παθήσεις αίματος σπλήνα, λεμφαδένες
15. Καρκίνο ή νεοπλασμάτα οποιασδήποτε μορφής
16. Οποιαδήποτε γυναικολογική πάθηση ή πάθηση μαστών
17. Έχετε περάσει ή πάσχετε από άλλη πάθηση ή έχετε ενοχλήματα σχετικά με περιπτώσεις που δεν αναφέρονται παραπάνω;

ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐

Οικογενειακό ιατρικό ιστορικό

Παρακαλούμε παρέχετε τις ακόλουθες πληροφορίες σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό σας

18. Έχει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας (πατέρας, μητέρα, αδελφός ή αδελφή) πεθάνει ή υποφέρει από κάποια σοβαρή πάθηση;

ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Σε περίπτωση οποιασδήποτε καταφατικής απάντησης, παρακαλούμε να αναφέρετε λεπτομερώς ποιο συγκεκριμένο πρόβλημα υπάρχει και ποια η σημερινή κατάσταση της υγείας σας.

ΑΡ. ΕΡΩΤΗΣΗΣ	ΟΝΟΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

ΆΛΛΕΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- Ετήσιο φορολογητέο εισόδημα των 3 τελευταίων ετών

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	
Έτος _____	Εισόδημα _____	Έτος _____	Εισόδημα _____
Έτος _____	Εισόδημα _____	Έτος _____	Εισόδημα _____
Έτος _____	Εισόδημα _____	Έτος _____	Εισόδημα _____
ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐

- Έχετε συνάψει ασφάλιση κλάδου Ζωής με άλλη ασφαλιστική εταιρία;

ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ

Με την ιδιότητά μου ως ο Συμβαλλόμενος

Δηλώνω ότι:

- **Γνωστοποίησα** στον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή τις πληροφορίες, απαιτήσεις και ανάγκες μου, τις οποίες αυτός συμπλήρωσε στο Έντυπο Αναγκών Πελάτη.
- **Απάντησα** σε ερωτήσεις του «Ερωτηματολογίου Καταλληλότητας Επενδυτικών Προϊόντων».
- **Παρέλαβα** τη «Δήλωση Αξιολόγησης Καταλληλότητας Προϊόντος» (στις περιπτώσεις που απαντήθηκε το σύνολο των ερωτήσεων του «Ερωτηματολογίου Καταλληλότητας Επενδυτικών Προϊόντων»).
- **Παρέλαβα** το «Γενικό Έγγραφο Βασικών Πληροφοριών» για το επενδυτικό προϊόν που αιτούμαι.
- **Έχοντας λάβει την κατάλληλη ενημέρωση πριν από τη σύναψη της σύμβασης ασφάλισης**, προχώρησα στην υποβολή αίτησης ασφάλισης.

Ενημερώθηκα ότι:

- Η αίτηση ασφάλισης, ενώ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ασφαλιστικής σύμβασης, δεν αποτελεί συμβόλαιο και δεν παρέχει ασφαλιστική κάλυψη.
- Για να ισχύει η κάλυψή μου, θα πρέπει η Εταιρία να αποδεχτεί την αίτηση αυτή.
- Η κάλυψη δεν αρχίζει πριν καταβληθεί το οφειλόμενο ασφάλιστρο που θα αναφέρεται στην ειδοποίηση πληρωμής.
- Το σύνολο των εγγράφων που αφορούν τη σύμβαση ασφάλισης, μπορεί να αποστέλλεται στο δηλωθέν από εμένα email.

Σχετικά με το Εφαρμοστέο Δίκαιο, αποδέχομαι την πρόταση της Εταιρίας για εφαρμογή του Ελληνικού Δικαίου στη σύμβαση ασφάλισης. Αποκλειστικά αρμόδια θα είναι τα Δικαστήρια της Αθήνας.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Εισαγωγή

Για την INTERAMERICAN και τους εργαζομένους της, ο σεβασμός της ιδιωτικής ζωής και η προστασία της εμπιστευτικότητας και της ασφάλειας των προσωπικών δεδομένων των ασφαλισμένων της, των συνεργατών της και όλων των φυσικών προσώπων που συναλλάσσονται με οποιονδήποτε τρόπο με την εταιρία αποτελούν βασική προτεραιότητα. Θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι η Εταιρία συλλέγει, επεξεργάζεται και αποθηκεύει τα προσωπικά σας δεδομένα σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 679/2016 και τον Ν. 4624/2019 καθώς και με κάθε άλλη εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία και Αποφάσεις της ΑΠΔΠΧ και λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα για την αποτροπή περιστατικών κλοπής, απώλειας και διαρροής προσωπικών δεδομένων.

Παρακάτω ακολουθεί ενημέρωση για το ποια είναι η Εταιρία που ως αυτοτελής Υπεύθυνη επεξεργασίας των δεδομένων σας (ανάλογα με το αντικείμενο της ασφάλισης που έχετε επιλέξει, π.χ. ασφαλιστικό πρόγραμμα Ζωής, Υγείας, Ζημιών ή Γενικών Ασφαλειών) θα επεξεργάζεται τα Προσωπικά σας Δεδομένα:

1. η Εταιρία «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.» έχει έδρα στη Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126 Τ.Κ. 11782 στην Αθήνα, έχει ΑΡΜΑΕ 2865/05/Β/86/45 και έχει λάβει αριθμό καταχώρησης στο Γ.Ε.ΜΗ 305801000,
2. η Εταιρία «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.» έχει έδρα στη Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126 Τ.Κ. 11782 στην Αθήνα, έχει ΑΡΜΑΕ 25467/05/Β/91/29 και έχει λάβει αριθμό καταχώρησης στο Γ.Ε.ΜΗ 914001000 και
3. η Εταιρία «INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ» έχει έδρα στη Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126 Τ.Κ. 11782 στην Αθήνα, έχει ΑΡΜΑΕ 27557/05/Β/92/13 και έχει λάβει αριθμό καταχώρησης στο Γ.Ε.ΜΗ 1026501000

Ειδικά, για την επίσκεψή σας στους ιστότοπους www.interamerican.gr, www.myinteramerican.gr, Υπεύθυνες Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων από κοινού είναι οι ακόλουθες εταιρίες:

1. η Εταιρία «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.» έχει έδρα στη Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126 Τ.Κ. 11782 στην Αθήνα, έχει ΑΡΜΑΕ 2865/05/Β/86/45 και έχει λάβει αριθμό καταχώρησης στο Γ.Ε.ΜΗ 305801000,
2. η Εταιρία «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.» έχει έδρα στη Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126 Τ.Κ. 11782 στην Αθήνα, έχει ΑΡΜΑΕ 25467/05/Β/91/29 και έχει λάβει αριθμό καταχώρησης στο Γ.Ε.ΜΗ 914001000 και
3. η Εταιρία «INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ» έχει έδρα στη Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126 Τ.Κ. 11782 στην Αθήνα, έχει ΑΡΜΑΕ 27557/05/Β/92/13 και έχει λάβει αριθμό καταχώρησης στο Γ.Ε.ΜΗ 1026501000

Για κάθε σας απορία ή παράπονο μπορείτε να επικοινωνείτε με κάθε μια από τις παραπάνω εταιρίες, αποστέλλοντας επιστολή στην διεύθυνση Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού αρ. 124-126, Αθήνα ή επικοινωνώντας στο τηλέφωνο 210-9462000 ή αποστέλλοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στο email custserv@interamerican.gr.

Εάν έχετε απορία αναφορικά με την επεξεργασία των Προσωπικών σας Δεδομένων, εάν θέλετε να ασκήσετε οποιοδήποτε δικαίωμά σας ή να υποβά-

λετε κάποιο παράπονο αναφορικά με τα Προσωπικά Δεδομένα σας, μπορείτε να επικοινωνείτε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Εταιρίας μας αποστέλλοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρο Ανδρέα Συγγρού, αρ. 124-126, 117 82 Αθήνα ή ηλεκτρονικό μήνυμα στο e-mail dpo@interamerican.gr.

Επίσης, εφόσον δε μείνετε ικανοποιημένοι από την απάντησή μας στο αίτημά σας, διατηρείτε πάντα το δικαίωμα να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, η οποία μπορεί να δεχθεί και την υποβολή σχετικών παραπόνων, είτε επικοινωνώντας στο Τηλεφωνικό Κέντρο: +30-210 6475600 είτε καταθέτοντας το αίτημά σας σε γραπτή μορφή στο πρωτόκολλο της (Λεωφ. Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα) είτε αποστέλλοντας ηλεκτρονικά στο e-mail contact@dpa.gr.

1. Ποιες κατηγορίες προσωπικών δεδομένων συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε;

- Οι εταιρίες INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε., INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε. και INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ, επεξεργάζονται διαφορετικά προσωπικά δεδομένα σας, ανάλογα με τον ασφαλιστικό κίνδυνο που έχει αναλάβει η καθεμία. Τα δεδομένα αυτά μπορεί να είναι:
- Δεδομένα Ταυτοποίησής σας, όπως π.χ. όνομα, επώνυμο, ημερομηνία γέννησης, αριθμό αστυνομικής ταυτότητας/ διαβατηρίου, ΑΜΚΑ, ΑΦΜ
- Δεδομένα Επικοινωνίας που συλλέγουμε κατά τη σύναψη ασφάλισης αλλά και σε οποιοδήποτε άλλο στάδιο της συνεργασίας μας, όπως π.χ. διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου/ αλληλογραφίας, αριθμοί τηλεφώνου/φαξ
- Δεδομένα Πληρωμής, όπως π.χ. τραπεζικοί λογαριασμοί, χρεωστικές/ πιστωτικές και λοιπές τραπεζικές κάρτες
- Δεδομένα Ασφάλισης που είναι απαραίτητα για την εκτίμηση, τον έλεγχο, τη σύναψη και τη διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, δεδομένα που αφορούν την οδηγική συμπεριφορά στην περίπτωση ασφάλισης αυτοκινήτου
- Δεδομένα ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων /πρώην ευαίσθητα, όπως πληροφορίες που αφορούν την υγεία (φυσική κατάσταση, τυχόν ανικανότητες και αναπηρίες, ιατρικό ιστορικό, χορήγηση φαρμάκων κ.λπ.)
- Δεδομένα Διακανονισμού, όπως π.χ. δεδομένα απαραίτητα για τη διαχείριση των απαιτήσεων από ασφάλιση που εμπεριέχονται στην αίτηση καταβολής αποζημίωσης/ εξαγοράς/ καταβολής ασφαλίματος ή σε συνδυαστικά αυτής έγγραφα/ δικαιολογητικά ή σχετίζονται με αυτήν
- Δεδομένα Περιήγησης, σε περίπτωση που επισκεφτείτε την ιστοσελίδα μας δύναται να καταγραφούν πληροφορίες που σχετίζονται με την επίσκεψή σας (π.χ. διεύθυνση IP). Επίσης, κατά τη χρήση της ιστοσελίδας μας, δύναται να αποθηκευτούν cookies στη συσκευή που χρησιμοποιείτε. Για περισσότερες πληροφορίες για τα cookies, και την Πολιτική που εφαρμόζουμε επισκεφτείτε το <https://www.interamerican.gr/politikh-cookies>.
- Δεδομένα που συλλέγουμε κατά τη χρησιμοποίηση και υποβολή φόρμας παραπόνου, όπως ονοματεπώνυμο, τηλέφωνο, διεύθυνση αλληλογραφίας, ηλεκτρονική διεύθυνση.
- Δεδομένα που συλλέγουμε όταν μας καλείτε στο τηλεφωνικό μας κέντρο, στην περίπτωση αυτή η κλήση σας ηχογραφείται, όπως επίσης καταγράφεται και ο αριθμός τηλεφώνου από τον οποίο μας καλείτε.
- Τέλος δεδομένα συλλέγουμε κατά την είσοδό σας στα κτίρια των γραφείων της Εταιρίας μας όπου καταγράφουμε το ονοματεπώνυμό σας ενώ κλειστό κύκλωμα καμερών ασφαλείας (CCTV) για τη λειτουργία του

οποίου εγκαίρως κατά την είσοδό σας στα κτίρια μας ενημερώνεστε, θα καταγράψει την εικόνα σας, τηρώντας απόλυτα όλες τις προβλεπόμενες διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας.

2. Από ποιες πηγές συλλέγουμε προσωπικά δεδομένα;

- Από την υποβολή της αίτησης ασφάλισης, αίτησης τροποποίησης/μετατροπής/ ακύρωσης/εξαγοράς, αίτησης λήψης ασφαλιστικής παροχής, αίτησης συμμετοχής σε ομαδική ασφάλιση, αναγγελία ζημιάς.
- Μέσω των εξουσιοδοτημένων υπαλλήλων, των ασφαλιστικών διαμεσολαβητών μας που ανήκουν στα διάφορα κανάλια δικτύων πωλήσεων της Εταιρείας μας καθώς και τρίτων συνεργατών μας (π.χ. τεχνικοί σύμβουλοι, πραγματογνώμονες, εκτιμητές ζημιών).
- Ειδικά τα Ειδικών Κατηγοριών Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα, που είναι κυρίως δεδομένα υγείας, η Εταιρία εκτός από αυτά που εσείς οι ίδιοι με τη συναίνεσή σας της γνωστοποιείτε, μπορεί να τα συλλέξει μέσω συμβεβλημένων παρόχων υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιατροί).
- Από τους επισκέπτες/χρήστες του δικτυακού μας τόπου, μόνο όταν αυτοί οι ίδιοι εκούσια τα παρέχουν με σκοπό την διεκπεραίωση των υποβαλλόμενων ηλεκτρονικά αιτημάτων.
- Από τους χρήστες της εφαρμογής my interamerican, my anytime και μόνο κατά τη διάρκεια χρήσης της εφαρμογής.
- Επίσης από προωθητικές ενέργειες για την προώθηση των προϊόντων μας, από τη συλλογή στοιχείων επικοινωνίας για σκοπούς πωλήσεων (leads) και κατά τη διεξαγωγή κληρώσεων, διαγωνισμών όπου συλλέγουμε προσωπικά δεδομένα με την προϋπόθεση της ρητής συγκατάθεσής σας για την περαιτέρω επεξεργασία τους.

3. Για ποιους σκοπούς επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα;

- Με την αίτηση ασφάλισης που υποβάλλετε στην Εταιρία μας προκειμένου να ασφαλιστείτε, μας δηλώνετε ότι θέλετε να μεταφέρετε τον κίνδυνο που έχετε επιλέξει (π.χ. αστικής ευθύνης κάθε είδους, πυρός, βοήθειες, υγείας κ.λπ.) σε μια από τις αναφερόμενες παραπάνω εταιρίες του Ομίλου μας. Εμείς, βάσει των πληροφοριών/δεδομένων που μας δηλώνετε στην αίτηση ασφάλισης, θα πρέπει να σας εντάξουμε σε μια ομοιογενή κατηγορία κινδύνων και να υπολογίσουμε, βάσει των δηλώσεών σας, το κατάλληλο και αναλογικό για εσάς ασφάλιστρο, υπολογίζοντας και εκτιμώντας, μεταξύ άλλων, τη συχνότητα και την ένταση των ζημιών που ενδέχεται να προκύψουν.
- Για να γίνει αυτό, είναι αναγκαίο να μας δηλώσετε τα συγκεκριμένα προσωπικά δεδομένα που αναφέρονται στα σχετικά πεδία της αίτησης ασφάλισης. Τα στοιχεία αυτά είναι αντικειμενικά ουσιώδη για την αξιολόγηση του ασφαλιστικού κινδύνου και για την εκπλήρωση του σκοπού και τη λειτουργία της ασφαλιστικής σύμβασης. Η σωστή και ολοκληρωμένη πληροφόρηση για τα στοιχεία που σας ρωτάμε και στα οποία βασίζομαστε απόλυτα συνιστά υποχρέωσή σας από τον ασφαλιστικό νόμο (Ν. 2496/1997) και έτσι θα μπορέσουμε να σας εντάξουμε στην κατάλληλη ομάδα κινδύνου και θα υπολογίσουμε σωστά το ασφάλιστρο που υποχρεούστε να πληρώνετε για την κάλυψή σας. Είναι πιθανό ανακριβής ή ελλιπής πληροφόρηση για τα στοιχεία που σας έχουμε ζητήσει να θεμελιώσει δικαίωμά μας να ζητήσουμε ακόμα και την ακύρωση ή καταγγελία του ασφαλιστηρίου σας, οποιαδήποτε χρονική στιγμή.
- Με βάση τα ανωτέρω επεξεργαζόμαστε τα Προσωπικά Δεδομένα των ασφαλισμένων μας αλλά και όλων των φυσικών προσώπων που συναλλάσσονται μαζί μας, για περισσότερους από έναν σκοπούς και ειδικότερα:

Σκοπός/Δραστηριότητα	Νομική Βάση
Για την εκτίμηση του κινδύνου με σκοπό την ανάληψη, τον καθορισμό των όρων ασφάλισης, του ασφαλιστρού και εν τέλει τη σύναψη της αιτούμενης ασφαλιστικής σύμβασης, τη διαχείριση της κατά τη διάρκεια ισχύος της, τον έλεγχο και το διακανονισμό της αποζημίωσης σε περίπτωση επέλευσης του κινδύνου και την καταβολή του προβλεπόμενου στους όρους ποσού (ασφαλισματος)	α. Η επεξεργασία είναι αναγκαία για την εκτέλεση της σύμβασης. β. Η /και με τη συγκατάθεσή σας μετά από ειδική ενημέρωσή
Για τις περιπτώσεις ασφαλίσεων ζωής και υγείας και για τις περιπτώσεις τροχαίων ατυχημάτων με σωματικές βλάβες, συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε δεδομένα ειδικών κατηγοριών (υγείας)	α. Με τη ρητή συγκατάθεσή σας, μετά από ειδική ενημέρωσή σας β. Η επεξεργασία είναι αναγκαία για την εκτέλεση της σύμβασης γ. Για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη νομικών αξιώσεων
Για τις περιπτώσεις αναγγελίας ζημιάς του κλάδου αυτοκινήτων και διακανονισμού αποζημιώσεων, συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που έρχονται σε γνώση μας λόγω ατυχήματος στο οποίο, τρίτος/η με οποιονδήποτε τρόπο, είναι εμπλεκόμενος/η. Η γνώση των δεδομένων αυτών από την Εταιρία είναι αναγκαία προκειμένου να μπορέσουμε να επεξεργαστούμε το αίτημα για αποζημίωση. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, αν ως τρίτος/η δεν συναινέσετε στην επεξεργασία ή εναντιωθείτε πριν ολοκληρωθεί ο διακανονισμός του αιτήματός σας, δεν θα είναι δυνατή η πρόοδος της διαδικασίας αποζημίωσης.	α. Με τη ρητή συγκατάθεσή σας, μετά από ειδική ενημέρωσή σας. β. Η επεξεργασία είναι αναγκαία για την εκτέλεση της σύμβασης. γ. Για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη νομικών αξιώσεων.
Για τη συμμόρφωση της Εταιρίας με υποχρεώσεις που απορρέουν από την κείμενη νομοθεσία όπως τη φορολογική νομοθεσία, τη νομοθεσία για την πρόληψη και καταστολή ξεπλύματος βρώμικου χρήματος και καταπολέμησης της Τρομοκρατίας (Ν. 4557/2018 και σχετικές διοικητικές Πράξεις), τους Καταλόγους Κυρώσεων των Ηνωμένων Εθνών και της Ε.Ε., τη νομοθεσία για την ανταλλαγή στοιχείων Χρηματοοικονομικών Λογαριασμών για κατοίκους ΗΠΑ (ν.4493/2017) Κύρωση του Μνημονίου Συνεννόησης και της Συμφωνίας μεταξύ της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Κυβέρνησης των ΗΠΑ για τη βελτίωση της διεθνούς φορολογικής συμμόρφωσης και την εφαρμογή του νόμου περί Φορολογικής Συμμόρφωσης Λογαριασμών της Αλλοδαπής (FATCA), τη νομοθεσία για την Αυτόματη Ανταλλαγή Πληροφοριών Χρηματοοικονομικών Λογαριασμών μεταξύ χωρών ΟΟΣΑ και μεταξύ κρατών- μελών της ΕΕ (ν. 4428/2016, Common Reporting Standards). Για την ικανοποίηση αιτήματος από δημόσιες / δικαστικές αρχές/ανεξάρτητες αρχές, όπως η Εποπτεούσα Αρχή κλπ.	Η επεξεργασία είναι απαραίτητη για τη συμμόρφωση της Εταιρίας με νόμιμες υποχρεώσεις.
Για τη διαχείριση ενός αιτήματος ή /παραπόνου.	Η επεξεργασία είναι απαραίτητη για τη συμμόρφωση της Εταιρίας με υποχρεώσεις που προβλέπονται από το ισχύον νομικό και κανονιστικό πλαίσιο.

Σκοπός/Δραστηριότητα	Νομική Βάση
Για τη διεξαγωγή ενεργειών marketing, ερευνών αγοράς που δύναται η Εταιρία να πραγματοποιήσει για τη διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των πελατών από την ποιότητα των υπηρεσιών της Εταιρίας καθώς και την εμπορική προώθηση νέων προϊόντων και υπηρεσιών της.	α. Η επεξεργασία είναι αναγκαία για τη βελτίωση της Εταιρίας και την ικανοποίηση των εννόμων συμφερόντων της. β. Με τη συγκατάθεσή σας μετά από ειδική ενημέρωση.
Για τη διεξαγωγή ερευνών που δύναται η Εταιρία να πραγματοποιήσει με σκοπό την αποτροπή, καταπολέμηση και περιορισμό της ασφαλιστικής εξαπάτησης μέσω διενέργειας ελέγχων σε σχέση με άλλες, παρελθούσες ή μελλοντικές, αιτήσεις ασφάλισης ή αιτήσεις αποζημιώσεων.	Η επεξεργασία είναι απαραίτητη για την ικανοποίηση του έννομου συμφέροντος της Εταιρίας να περιορίζει φαινόμενα εξαπάτησης προς όφελος της αριθμητικά υπέρτερης κοινωνίας των καλόπιστων ασφαλισμένων και της ασφαλιστικής πίστης γενικά.

4. Πού διαβιβάζουμε τα Προσωπικά σας Δεδομένα;

- Τα δεδομένα σας θα διαβιβαστούν σε τμήματά μας που είναι αρμόδια για την ανάληψη του κινδύνου, για την ορθή και απρόσκοπτη λειτουργία του ασφαλιστηρίου σας, καθώς και για την αποζημίωσή σας. Ενδεικτικά αναφέρουμε το τμήμα ανάληψης κινδύνων (underwriting), το τμήμα εκδόσεων, το τμήμα αποζημιώσεων, το αναλογιστικό τμήμα, την Νομική υπηρεσία, την Κανονιστική Συμμόρφωση κ.λπ.
- Τα δεδομένα σας, ενδέχεται να διαβιβαστούν και να καταστούν προσίτα και από νομικά πρόσωπα ή/και φυσικά πρόσωπα με τα οποία, κατά καιρούς, διατηρούμε συμβάσεις συνεργασίας για την ορθή και με βάση τους όρους των ασφαλιστηρίων συμβολαίων αποζημίωσή των ασφαλισμένων μας, καθώς και για την ορθή εκτίμηση της ζημιάς. Επίσης τα δεδομένα σας, στα πλαίσια της λειτουργίας της σύμβασης ασφάλισής σας μπορεί να διαβιβαστούν σε διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα, γιατρούς, δημόσιες αρχές, ερευνητές αποζημιώσεων κ.λπ. Τα δεδομένα σας, ενδέχεται να διαβιβαστούν να καταστούν προσίτα και να τύχουν επεξεργασίας από τη μητρική μας εταιρία «Achmea B.V.», που εδρεύει στην Ολλανδία, καθώς και σε άλλες συνδεδεμένες εταιρίες του ιδίου Ομίλου Achmea, εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην περίπτωση αυτή δεν διαβιβάζονται δεδομένα ειδικών κατηγοριών εκτός εάν υπάρχει νομική υποχρέωση. Τα δεδομένα σας ενδέχεται να διαβιβαστούν στους συνεργαζόμενους με την Εταιρία ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, σε αντασφαλιστές, σε συνεργαζόμενες ασφαλιστικές εταιρίες για την παροχή της ασφαλιστικής κάλυψης, σε πραγματογνώμονες, ερευνητές, εμπειρογνώμονες, εταιρίες διαχείρισης αποζημιώσεων, σε δικηγόρους, σε δικαστικούς επιμελητές κ.λπ. Σε συνεργαζόμενες εταιρίες φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, εταιρίες καταστροφής αρχείων, συνεργαζόμενες εταιρίες παροχής υπηρεσιών πληροφορικών συστημάτων, σε συνεργαζόμενες εταιρίες παρόχους τηλεφωνικής εξυπηρέτησης. Ωστόσο, θα πρέπει να γνωρίζετε ότι, σε κάθε περίπτωση τέτοιας διαβίβασης, τα δεδομένα που διαβιβάζονται είναι τα ελάχιστα αναγκαία και τα νομικά ή/και φυσικά πρόσωπα που θα τα επεξεργαστούν, θα ενεργήσουν ως εκτελούντες την επεξεργασία αποκλειστικά για το σκοπό παροχής υπηρεσιών προς εμάς.
- 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 στην εποπτεύουσα Αρχή που είναι η «Τράπεζα της Ελλάδος», στο «Συνήγορο του Καταναλωτή», σε Αστυνομικά Τμήματα, στην Τροχαία, σε Εισαγγελικές Αρχές, σε ανεξάρτητες ελεγκτικές εταιρίες κατόπιν νόμιμου αιτήματός τους, εφόσον αυτό είναι απολύτως αναγκαίο για την προάσπιση νομίμων δικαιωμάτων ή την εκπλήρωση υποχρεώσεων της Εταιρίας.
- Επιπλέον, η Εταιρία, στα πλαίσια συμμόρφωσής της με τη νομοθεσία για την πρόληψη και καταστολή ξεπλύματος βρώμικου χρήματος και καταπολέμησης της Τρομοκρατίας (Ν. 4557/2018 και σχετικές διοικητικές Πράξεις) 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 (ΕΕ), ν.4428/2016 Συμφωνία για την Υποχρεωτική Αυτόματη Ανταλλαγή Πληροφοριών στο Φορολογικό Τομέα μεταξύ κρατών-μελών του ΟΟΣΑ) υποχρεούται, μόνο εφόσον εμπίπτετε στο πεδίο εφαρμογής αυτών, να προβαίνει σε συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων στο πλαίσιο εφαρμογής μέτρων δέουσας επιμέλειας ως προς την πιστοποίηση των πελατών και την αξιολόγηση των συναλλαγών, της ταυτοποίησής σας ως προσώπου υπαγόμενου στην ανωτέρω νομοθεσία, των οποίων αποδέκτης, είναι η αρμόδια Ελληνική Αρχή (ΑΑΔΕ-Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Εσόδων), η Αρχή Καταπολέμησης Ξεπλύματος Βρώμικου Χρήματος ή οιαδήποτε άλλη αρμόδια αρχή οριστεί.
- Ειδικά στις ασφάλισης του κλάδου αυτοκινήτου, τα προσωπικά δεδομένα σας ενδέχεται να διαβιβασθούν σε ερευνητές τροχαίων ατυχημάτων, σε εταιρίες τεχνικών υπηρεσιών οχημάτων, εταιρίες διαχείρισης υπολειμματικών αξιών ζημιωθέντων οχημάτων, στο Επικουρικό Κεφάλαιο Ασφάλισης Ευθύνης από Ατυχήματα Αυτοκινήτων», στο «Ελληνικό Κέντρο Πληροφοριών», στο Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης, στη Διεύθυνση Πληροφοριών της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών (αρχείο της πρώ-

ην Υπηρεσίας Στατιστικής των Ασφαλιστικών Εταιριών -ΥΣΑΕ) για την εκτέλεση των προβλεπόμενων εκ του νόμου αρμοδιοτήτων τους, για την προστασία της ασφαλιστικής αγοράς και την αποφυγή της ασφαλιστικής απάτης, ενώ τα προσωπικά δεδομένα σας ενδέχεται να διαβιβασθούν σε άλλες ασφαλιστικές εταιρίες, προκειμένου να λάβει χώρα διακανονισμός στο πλαίσιο της συμφωνίας άμεσου διακανονισμού ζημιών από τροχαίο ατύχημα.

5. Αυτοματοποιημένη επεξεργασία δεδομένων

Αυτοματοποιημένη επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και σχετική (αυτοματοποιημένη) απόφαση πραγματοποιείται μόνο κατά την ασφάλιση ΙΧ και άλλων οχημάτων, κυρίως μέσω του απευθείας καναλιού πωλήσεων ασφαλιστικών προϊόντων από την εταιρία INTERAMERIKAN ELLHNIKH ETAIRIA ASΦALISZEON ZHMION MONOPROSΩPIH A.E. με την εμπορική ονομασία "Anytime". Μέσω αυτών των αυτοματοποιημένων μέσων, στα οποία έχουν ενσωματωθεί σε μεγάλο βαθμό οι κανόνες ανάληψης κινδύνων που εφαρμόζει η εν λόγω Εταιρία, λαμβάνονται αποφάσεις πιο σύντομα, με μεγαλύτερη ακρίβεια, διαφάνεια και συνέπεια.

Στις ασφάλισεις των κλάδων ασφάλισης Ζωής και Υγείας τους οποίους παρέχει η INTERAMERIKAN ELLHNIKH ASΦALISTIKH ETAIRIA ZΩΗΣ A.E., χρησιμοποιούνται για τους ίδιους σκοπούς αυτοματοποιημένα εργαλεία κατά την ανάληψη κινδύνου, ωστόσο, στις περιπτώσεις που προκύπτει άρνηση ασφάλισης, αυτές ελέγχονται από υπάλληλο του Τμήματος Ανάληψης Κινδύνου (Underwriting). Πιο συγκεκριμένα για τις περιπτώσεις που πραγματοποιείται αυτοματοποιημένη επεξεργασία δεδομένων όπως περιγράφηκε παραπάνω, ισχύουν τα ακόλουθα:

- Η αυτοματοποιημένη επεξεργασία είναι αναγκαία για την εκτίμηση του ασφαλιστικού κινδύνου, δηλ. προκειμένου η Εταιρία να προτείνει το πλέον πρόσφορο και κατάλληλο ασφαλιστικό προϊόν καθώς και το αυστηρά αναλογικό τίμημα για την ασφάλισή του (ασφάλιστρο). Πιο αναλυτικά, η λογική της αυτοματοποιημένης επεξεργασίας στηρίζεται σε μαθηματικές ή στατιστικές αναλύσεις των σημαντικών από άποψη ασφαλιστικής τεχνικής παραμέτρων που έχουν υιοθετηθεί από την Εταιρία και καθιστούν δυνατή: i) την αντικειμενική αξιολόγηση του κινδύνου, ii) την ένταξη του σε ομοιογενή ομάδα κινδύνων με βάση ιδίως τη συχνότητα και iii) την ένταση των ζημιών που ενδέχεται ο εν λόγω κίνδυνος να επιφέρει, όπως και την ορθή τιμολόγησή του.
- Με βάση την εν λόγω αυτοματοποιημένη επεξεργασία, είναι δυνατόν να προκύψει υψηλότερο ασφάλιστρο. Ωστόσο, στις περιπτώσεις αυτές, πραγματοποιούνται τακτικοί σχετικοί έλεγχοι από αρμόδιους υπαλλήλους μας.
- Η Εταιρία λαμβάνει όλα τα μέτρα που απαιτούνται δυνάμει του Γενικού Κανονισμού και του Κώδικα Δεοντολογίας Προσωπικών Δεδομένων της ΕΑΕΕ κατά τη λήψη απόφασης βάσει αυτοματοποιημένης επεξεργασίας, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ, τα μέτρα δε αυτά αφορούν ειδικότερα την εξασφάλιση ανθρώπινης παρέμβασης, τη χρήση κατάλληλων στατιστικών ή μαθηματικών διαδικασιών και την εφαρμογή τεχνικών και οργανωτικών μέτρων προκειμένου για τη διόρθωση παραγόντων που οδηγούν σε ανακρίβειες ως και την ελαχιστοποίηση του κινδύνου σφαλμάτων κατά την εκπονούμενη επεξεργασία.
- Η Εταιρία, τέλος, ενδέχεται να κάνει χρήση αυτοματοποιημένων διαδικασιών κατά τη διάρκεια ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης προκειμένου να διενεργεί ελέγχους για την αποφυγή ασφαλιστικής εξαπάτησης και για τη συμμόρφωσή της με υποχρεώσεις που απορρέουν από τη νομοθεσία για την αποφυγή του ξεπλύματος χρήματος και την αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με χρηματοοικονομικούς λογαριασμούς. Δεσμευόμαστε επίσης και πραγματοποιούμε κάθε σχετική επεξεργασία προς το σκοπό συμμόρφωσής μας με την FATCA, που αφορά ωστόσο μόνο τα U.S. persons, όπως ορίζονται.
- Δικαιούστε, να διατυπώσετε την άποψή σας επί απόφασης που ελήφθη βάσει της ως άνω αυτοματοποιημένης διαδικασίας, να την αμφισβητήσετε και να ζητήσετε την επανεξέτασή της από αρμόδιο υπάλληλο. Για την άσκηση των δικαιωμάτων σας, θα πρέπει να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (στοιχεία επικοινωνίας dro@interamerican.gr).

6. Για πόσο χρόνο θα κρατάτε τα δεδομένα μου σε αρχείο;

Θα κρατήσουμε τα δεδομένα σας για όσο χρόνο θα διατηρείτε συμβατική σχέση μαζί μας τόσο σε έγχαρτη, όσο και σε ηλεκτρονική μορφή. Σε περίπτωση που, για οποιονδήποτε λόγο, αυτή διακοπεί θα τα κρατήσουμε για όσο χρόνο ακόμα απαιτείται μέχρι να παρέλθει ο χρόνος παραγραφής τυχόν σχετικών αξιώσεων και μέχρι είκοσι (20) έτη, εκτός εάν η νομοθεσία προβλέπει διαφορετική περίοδο διατήρησης ή ο Κώδικας Δεοντολογίας Προσωπικών Δεδομένων της ΕΑΕΕ. Ωστόσο, αν η αίτηση ασφάλισης ή τροποποίησης ασφαλιστικής σύμβασης που μας υποβάλλατε δεν έχει γίνει δεκτή, θα την κρατήσουμε για χρονικό διάστημα μέχρι πέντε (5) ετών από την υποβολή εκτός εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας και μέχρι την περαίωσή της με αμετάκλητη δικαστική απόφαση. Οι ηχογραφημένες κλήσεις διατηρούνται στο αρχείο μας μέχρι 10 χρόνια και μετά διαγράφονται, ενώ τα δεδομένα καταγραφής κλειστού κυκλώματος ασφαλείας (CCTV) διατηρούνται για 15 ημέρες. Σε περίπτωση συμβάντος σε βάρος της Εταιρίας, των υπαλλήλων της ή τρίτων επισκεπτών, οι εικόνες στις οποίες έχει καταγραφεί το συγκεκριμένο συμβάν ενδέχεται να τηρηθούν σε ξεχωριστό αρχείο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, σύμφωνα με την εφαρμοστέα νομοθεσία.

7. Χρήση cookies

Η Εταιρία μας χρησιμοποιεί cookies για την εύρυθμη λειτουργία της ιστοσελίδας της. Για περισσότερες πληροφορίες, μπορείτε να ενημερωθείτε διαβάζοντας την Πολιτική μας για τα cookies που είναι διαθέσιμη στο <https://www.interamerican.gr/politikh-cookies>.

8. Ποια δικαιώματα έχω σε σχέση με την επεξεργασία των δεδομένων μου;

Έχετε τα δικαιώματα που ορίζονται στο Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (ΓΚΠΔ, Κανονισμός (Ε.Ε.) 2016/679), στο Ν. 4624/2019 και στον Κώδικα Δεοντολογίας Προσωπικών Δεδομένων της ΕΑΕΕ και συγκεκριμένα μπορείτε να ασκήσετε, κατά περίπτωση, τα εξής δικαιώματα:

- (1) **το δικαίωμα πρόσβασης** για να μάθετε ποια δεδομένα σας επεξεργαζόμαστε, για ποιο λόγο και τους αποδέκτες τους καθώς και να λάβετε αντίγραφα των δεδομένων που τηρούνται στην Εταιρία μας.
- (2) **το δικαίωμα διόρθωσης** για να ζητήσετε να διορθωθούν τυχόν ελλείψεις ή ανακρίβειες των δεδομένων σας
- (3) **το δικαίωμα διαγραφής** για να ζητήσετε τη διαγραφή των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, εφόσον δεν επιθυμείτε πια αυτά τα δεδομένα να αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας, και εφόσον δεν υφίσταται νόμιμος λόγος να τα κατέχει και να τα επεξεργάζεται η Εταιρία μας ως Υπεύθυνη επεξεργασίας

Πότε μπορούμε να αρνηθούμε αιτήματα διαγραφής; Πρέπει να γνωρίζετε ότι το δικαίωμα διαγραφής δεν είναι απόλυτο δικαίωμα, δεν μπορεί να ικανοποιηθεί, όταν οι πληροφορίες σας υποβάλλονται σε επεξεργασία για συγκεκριμένους νόμιμους λόγους όπως αυτοί που περιγράφηκαν ανωτέρω, συμπεριλαμβανομένης της άσκησης ή υπεράσπισης νομικών αξιώσεων της Εταιρίας

Πρέπει να ενημερώσουμε άλλους παραλήπτες των προσωπικών σας δεδομένων, σχετικά με το αίτημά σας για διαγραφή; Σε περίπτωση που το δικαίωμά σας για διαγραφή ικανοποιηθεί εφόσον έχουμε παράσχει τα προσωπικά δεδομένα που θέλετε να διαγραφούν σε τρίτους θα λάβουμε μέτρα να τους ενημερώσουμε για το αίτημα διαγραφής σας, ώστε, με τη σειρά τους, να διαγράψουν τα εν λόγω προσωπικά δεδομένα αλλά ενδέχεται να μην είναι πάντα εφικτό ή μπορεί να συνεπάγεται δυσανάλογη προσπάθεια εκ μέρους της Εταιρίας μας.

- (4) **το δικαίωμα του περιορισμού της επεξεργασίας** για να περιορίσετε την επεξεργασία των Προσωπικών σας Δεδομένων όταν διαφωνείτε με την ακρίβεια των πληροφοριών και μέχρι να επαληθευτεί η ακρίβεια των πληροφοριών ή εάν η επεξεργασία δεν είναι πλέον απαραίτητη για την Εταιρία αλλά εσείς τη χρειάζεστε, για να εγείρετε, να ασκήσετε ή να υπερασπιστείτε μια νομική αξίωση.

Πρέπει να ενημερώσουμε άλλους παραλήπτες των προσωπικών σας δεδομένων σχετικά με τον περιορισμό; Στην περίπτωση που έχουμε μοιραστεί τα Προσωπικά σας Δεδομένα με τρίτους, θα λάβουμε μέτρα εφόσον αυτό είναι εφικτό να τους ενημερώσουμε, σχετικά με τον περιορισμό της επεξεργασίας των πληροφοριών σας, ώστε να μην συνεχίσουν να τα επεξεργάζονται.

Πότε μπορούμε να αρνηθούμε αιτήματα περιορισμού της επεξεργασίας

ας; Πρέπει να γνωρίζετε ότι και αυτό το δικαίωμα δεν είναι απόλυτο δικαίωμα, δεν μπορεί να ικανοποιηθεί, όταν οι πληροφορίες σας υποβάλλονται σε επεξεργασία για συγκεκριμένους νόμιμους λόγους όπως αυτοί που περιγράφηκαν ανωτέρω, συμπεριλαμβανομένης της άσκησης ή υπεράσπισης νομικών αξιώσεων της Εταιρίας

- (5) **το δικαίωμα φορητότητας** για να λάβετε τα δεδομένα σας σε δομημένο και κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο.

Παρακαλείσθε να ορίζετε σαφώς στην αίτησή σας το δικαίωμα που ασκείτε σε σχέση με τα προσωπικά δεδομένα που ζητάτε. Εάν η αίτησή σας δεν είναι σαφής, ενδέχεται να σας ζητήσουμε περαιτέρω προσωπικά δεδομένα, για διευκρινιστικούς λόγους. Για να μπορέσουμε να διευθετήσουμε το εκάστοτε αίτημά σας, μπορούμε να ζητήσουμε απόδειξη ταυτότητας, διαβατηρίου και αρκετά επιπρόσθετα προσωπικά σας δεδομένα, για να εντοπίσουμε με ασφάλεια τα προσωπικά δεδομένα που ζητάτε.

Εφόσον ασκήσετε οποιαδήποτε από τα δικαιώματά σας αυτά, θα λάβουμε κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίηση του αιτήματός σας εντός **τρίαντα (30) 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. Πέραν αυτών, μπορείτε οποιαδήποτε στιγμή να **εναντιωθείτε** στην επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων για τους σκοπούς της σύμβασης ασφάλισης, ανακαλώντας της συγκατάθεσή σας. Ωστόσο, αυτό θα οδηγήσει σε λήξη της σύμβασης ασφάλισής σας και ενδεχομένως σε μη κάλυψή σας, επειδή (σύμφωνα και με όσα προαναφέρθηκαν) καμία σύμβαση ασφάλισης δεν λειτουργεί χωρίς επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων του ασφαλισμένου προσώπου.

9. Πώς διασφαλίζετε την ασφάλεια των δεδομένων μου;

Η ασφάλεια των δεδομένων σας είναι για μας απόλυτη δέσμευση. Για να το πετύχουμε αυτό, εφαρμόζουμε όλα τα **σύγχρονα και κατάλληλα** για τους σκοπούς της επεξεργασίας τεχνικά και **οργανωτικά μέτρα**, την αναπαύση των οποίων ελέγχουμε ανά τακτά χρονικά διαστήματα προκειμένου:

- Να προστατεύσουμε τα προσωπικά σας δεδομένα, από μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση και ακατάλληλη χρήση.
- Να διασφαλίσουμε τα συστήματα πληροφορικής μας και να προφυλάσσουμε τις πληροφορίες
- Ενδεικτικά μέτρα που υποστηρίζουν τόσο την φυσική αλλά και ηλεκτρονική ασφάλεια των δεδομένων που τίθενται σε επεξεργασία στην Εταιρία μας είναι η φυσική παρουσία ασφάλειας στα κτίρια μας, η εγκατάσταση κλειστού κυκλώματος παρακολούθησης των κρίσιμων για εμάς χώρων, η εφαρμογή Πολιτικής Ορθής Χρήσης Πόρων, Πολιτικής Ασφάλειας και υποστηρικτικών διαδικασιών, η εγκατάσταση τείχους προστασίας (firewall), λογισμικού προστασίας από ιούς (antivirus, antimalware), η εφαρμογή συστήματος πρόληψης διαρροής δεδομένων (dlp), η χρήση ελέγχου ταυτότητας 2 παραγόντων (2 Factor Authentication), η κατά περίπτωση κρυπτογράφηση και άλλα.

10. Θα κάνετε επεξεργασία των δεδομένων μου και για εμπορικούς σκοπούς κ.λπ.;

Για το χρόνο διάρκειας της επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων που σας αναφέρουμε παραπάνω, θα επεξεργαστούμε μόνο τα απλά δεδομένα σας (όχι όμως αυτά των ΕΚΔΠΧ πρώην ευαίσθητα) και για τους σκοπούς προώθησης άλλων ή συμπληρωματικών με τις ανάγκες σας ασφαλιστικών προϊόντων ή υπηρεσιών, είτε της εταιρίας μας, είτε άλλων εταιριών του Ομίλου INTERAMERICAN, είτε για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή ερευνών αγοράς, υπό την ρητή προϋπόθεση ότι θα μας έχετε δώσει τη ρητή συγκατάθεσή σας. Η Εταιρία μας στο πλαίσιο αυτό θα σας αποστέλλει ενημερώσεις προώθησης υπηρεσιών ή νέων προϊόντων, ειδικές προσφορές χρησιμοποιώντας τους τρόπους επικοινωνίας που έχετε δηλώσει κατά τη σύνταξη της συνεργασίας μας. Οι σχετικές ενέργειες ενδέχεται να πραγματοποιηθούν και μέσω συνεργαζόμενων εταιριών (MailChimp, Facebook, Eloqua) οπότε και θα διαβιβαστούν δεδομένα σας στις συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και προωθητικών ενεργειών. Αν θέλετε να σταματήσουμε να σας αποστέλλουμε τέτοιου είδους ενημερώσεις, κάθε φορά που λαμβάνετε άμεση ενημέρωση προώθησης υπηρεσιών, θα σας γνωστοποιούμε και τον τρόπο με τον οποίο μπορείτε να καταργήσετε τη συγκατάθεσή σας.

Μπορείτε να **εναντιωθείτε ανά πάσα στιγμή** σε αυτή την επεξεργασία των δεδομένων σας (για εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς) μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων Στην περίπτωση αυτή, τα δεδομένα σας δεν θα υποβάλλονται πλέον σε επεξεργασία για εμπορικούς ή ερευνητικούς σκοπούς.

Η παρούσα Ενημέρωση για την επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων βρίσκεται αναρτημένη στην ιστοσελίδα της Εταιρίας μας, www.interamerican.gr. Διατηρούμε το δικαίωμα να τροποποιήσουμε ή να επικαιροποιήσουμε την παρούσα Ενημέρωση ανά πάσα στιγμή. Θα σας ειδοποιήσουμε για οποιοδήποτε αλλαγές, δημοσιεύοντας τη νέα Ενημέρωση, με ανάρτηση στην ιστοσελίδα της Εταιρίας μας και ενημερώνοντάς σας με κάθε πρόσφορο μέσο, με την πρώτη ευκαιρία, συμπεριλαμβανομένων των μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Σας ενθαρρύνουμε επίσης να συμβουλευέστε τακτικά την παρούσα Ενημέρωση για τυχόν αλλαγές στην ιστοσελίδα της Εταιρίας.

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

(Α) ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΕΚΔΠΧ)

Δηλώνω ότι:

- Διάβασα το τμήμα αίτησης ασφάλισης *Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων* που προηγήθηκε.
- Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των ΔΠΧ (απλά δεδομένα) και ΕΚΔΠΧ (πρώην ευαίσθητα), που πραγματοποιούν οι εταιρίες με τις επωνυμίες «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.», «INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε. ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ» και «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.».
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης).
- Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στις παραπάνω εταιρίες για την επεξεργασία των ΕΚΔΠΧ (πρώην ευαίσθητα) που περιλαμβάνονται σε αυτή την αίτηση ασφάλισης, καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση των εταιριών αυτών στο μέλλον και έχουν σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης που αιτούμαι, καθώς και με τη λειτουργία της.
- Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ είναι απολύτως αναγκαία για την λειτουργία της σύμβασης ασφάλισης που αιτούμαι και ότι τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον, θα δίνει στις παραπάνω εταιρίες το δικαίωμα να καταγγείλουν τη σύμβαση ασφάλισης, με άμεση ισχύ.
- Ενημερώθηκα ότι διατηρώ ανά πάσα στιγμή το δικαίωμα να την ανακαλέσω, αποστέλλοντας email στον Υπεύθυνο Προστασίας προσωπικών δεδομένων dro@intermarican.gr.

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

☐ Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

☐ ΔΕΝ Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

(Β) ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ) ΓΙΑ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ / ΠΡΩΘΗΤΙΚΟΥΣ / ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ

Δηλώνω ότι:

- Διάβασα το τμήμα αίτησης ασφάλισης *Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων* που προηγήθηκε.
- Ενημερώθηκα ότι τα απλά ΔΠΧ που περιλαμβάνονται στην αίτηση αυτή, μπορούν να τα επεξεργαστούν οι εταιρίες με τις επωνυμίες «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.», «INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε. ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ» και «INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.» για εμπορικούς, πρωθητικούς και ερευνητικούς σκοπούς μόνο με τη ρητή συγκατάθεσή μου καθώς και ότι διατηρώ ανά πάσα στιγμή το δικαίωμα να την ανακαλέσω, αποστέλλοντας email στον Υπεύθυνο Προστασίας προσωπικών δεδομένων dro@intermarican.gr.

Ο ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

☐ Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

☐ ΔΕΝ Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

Ως Συμβαλλόμενος/η στην Αίτηση Ασφάλισης διάβασα με προσοχή το περιεχόμενο της Αίτησης, τη Δήλωση Προσυμβατικής Ενημέρωσης καθώς και την Ενημέρωση για την επεξεργασία των απλών και ειδικών κατηγοριών προσωπικών δεδομένων μου με τους σκοπούς συλλογής, επεξεργασίας και αποθήκευσης και ρητά τις αποδέχομαι.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / /

ΤΟΠΟΣ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ

Ονοματεπώνυμο Συμβαλλόμενου

Υπογραφή Συμβαλλόμενου

Υπογραφή Ασφαλιζόμενου

Υπογραφή Συζύγου Ασφαλιζόμενου

(Για ανήλικες)

Υπογραφή Νόμιμου Εκπροσώπου

1

Ονοματεπώνυμο ολογράφως Νόμιμου Εκπροσώπου

.....

Ιδιότητα Νόμιμου Εκπροσώπου

.....

2

Ονοματεπώνυμο ολογράφως Νόμιμου Εκπροσώπου

.....

(Για Νομικό Πρόσωπο)

Υπογραφή Νόμιμου Εκπροσώπου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΠΡΑΚΤΟΡΑ Ή ΜΕΣΙΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

που πραγματοποίησε τη διανομή του παρόντος ασφαλιστικού προϊόντος ως Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής

Ονοματεπώνυμο ή Επωνυμία

Κωδικός..... Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _ Αριθμός ειδικού μητρώου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ που επιβλέπει τον προαναφερόμενο Ασφαλιστικό Πράκτορα

Ονοματεπώνυμο ή Επωνυμία

Κωδικός..... Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _ Αριθμός ειδικού μητρώου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΠΡΑΚΤΟΡΑ Ή ΜΕΣΙΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

που διατηρεί σύμβαση συνεργασίας με την INTERAMERICAN, εφόσον ο αναγραφόμενος στο α' πεδίο δεν διατηρεί άμεση συνεργασία με την INTERAMERICAN

Ονοματεπώνυμο ή Επωνυμία

Κωδικός..... Α.Φ.Μ. _ _ _ _ _ Αριθμός ειδικού μητρώου

Οι παραπάνω πληροφορίες για τα πρόσωπα που μετέχουν στη συγκεκριμένη πώληση, παρέχονται για λόγους διαφάνειας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα αίτηση συμπληρώθηκε και υπογράφηκε από τον αιτούντα παρουσία μου

Υπογραφή Ασφαλιστικού Πράκτορα ή Μεσίτη
που συμπλήρωσε την παρούσα Αίτηση ασφάλισης

ΔΗΛΩΣΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΣ ΕΚΤΕΘΕΙΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ (Π.Ε.Π.)

Σύμφωνα με τον νόμο 4557/2018 για την "Πρόληψη και καταστολή της νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και της χρηματοδότησης της τρομοκρατίας" (ενσωμάτωση της Οδηγίας 2015/849/ΕΕ), καθώς και όσα ορίζονται με την απόφαση 154/5α/31-8-2009 της **Επιτροπής Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (ΕΠ.Ε.Ι.Α.)** οι ασφαλιστικές εταιρίες ζωής έχουν την υποχρέωση να καθορίζουν αν ένας πελάτης είναι **Πολιτικώς Εκτεθειμένο Πρόσωπο (Π.Ε.Π)**, δηλαδή αν του **είχε/έχει ανατεθεί σημαντικό δημόσιο λειτουργήμα, είναι στενός συνεργάτης ή στενός συγγενής προσώπου που του είχε ανατεθεί τέτοιο λειτουργήμα**. Για τον λόγο αυτό, κατά την διάρκεια της αίτησής του για ασφάλιση, ο πελάτης θα πρέπει να δηλώσει στην **INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.** εάν ισχύει τα παρακάτω:

Δηλώνω ότι:

- ☐ **(α) Μου είχε/έχει ανατεθεί σημαντικό δημόσιο λειτουργήμα, κατά το τελευταίο ένα (1) έτος**, όπως ενδεικτικά:
- Αρχηγού κράτους, αρχηγού κυβέρνησης, υπουργού, υφυπουργού, αναπληρωτή υπουργού, γενικού ή ειδικού γραμματέα υπουργείου, μέλος διοικητικών οργάνων πολιτικών κομμάτων.
 - Μέλους κοινοβουλίου, νομοθετικών σωμάτων, συνταγματικών δικαστηρίων, υψηλού επιπέδου δικαστικών οργάνων, ελεγκτικών δικαστηρίων, διοικητικού συμβουλίου κεντρικών τραπεζών, διοικητικού, διαχειριστικού ή εποπτικού οργάνου Κρατικής επιχείρησης, διοικητικού συμβουλίου διεθνούς οργανισμού, ανώτατου δικαστηρίου αρμόδιου για την έκδοση αμετάκλητων αποφάσεων, διευθυντή διεθνούς οργανισμού, αναπληρωτή διευθυντή διεθνούς οργανισμού, πρεσβευτή, διπλωμάτη, ακολούθου, υψηλόβαθμου αξιωματούχου των ενόπλων δυνάμεων, είτε σε κοινοτικό είτε διεθνές επίπεδο.
 - Μέλους διοικητικού, διαχειριστικού ή εποπτικού οργάνου Ανεξάρτητης Αρχής, Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου ή Δημοσίου Οργανισμού, ή Κρατικής Επιχείρησης.
- ☐ **(β) Είμαι στενός συνεργάτης** προσώπων με τις παραπάνω ιδιότητες, δηλαδή διατηρώ επιχειρηματική σχέση μαζί τους.
- ☐ **(γ) Είμαι στενός συγγενής**, δηλαδή σύζυγος, σύντροφος ισοδύναμος σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία με σύζυγο, γονέας ή τέκνο προσώπων με τις παραπάνω ιδιότητες.

Ειδικότερα, είχα/έχω την ακόλουθη ιδιότητα.

Επίσης, δηλώνω ότι θα **ενημερώσω εγγράφως** την Εταιρία σε περίπτωση που επέλθει οποιαδήποτε **μεταβολή** στην παραπάνω ιδιότητά μου.

Ονοματεπώνυμο Συμβαλλομένου

Υπογραφή

Η Interamerican είναι μέλος της **achmea**