

ΑΤΟΜΙΚΗ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ :	
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ :	

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ :
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: οδός	Αρ. Τ.Κ.:
ΠΟΛΗ:	ΤΗΛ.: ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗ :
Α.Φ.Μ. :	ΑΡ. ΑΣΤ. ΤΑΥ/ΤΑΣ:
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ :	
ΑΡ IBAN (επισυνάπτεται έγγραφο της τράπεζας όπου αναγράφεται το IBAN και ο δικαιούχος του λογαριασμού)	

Με την παρούσα ζητώ να συμμετάσχω στο ανωτέρω ομαδικό ασφαλιστήριο ζωής, σύμφωνα με τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους που έχουν συμφωνηθεί με τον Συμβαλλόμενο.

Δικαιούχους ασφαλισματος σε περίπτωση θανάτου ορίζω (διατηρώντας το δικαίωμα αλλαγής τους, σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου) :

A/A	Ονοματεπώνυμο	Πατρώνυμο	Συγγένεια	ποσοστό
1				%
2				%
3				%
4				%

! Σημείωση:

Αν κάποιος από τους παραπάνω αναφερόμενους δικαιούχους προαποβιώσει του Ασφαλισμένου, τα δικαιώματά του περιέρχονται στους λοιπούς δικαιούχους κατ' αναλογία του ποσοστού τους και αν δεν υπάρχουν άλλοι δικαιούχοι στους νόμιμους κληρονόμους του Ασφαλισμένου.

Εάν δεν έχει συμπληρωθεί ο πιο πάνω πίνακας (ορισμού δικαιούχων), δικαιούχοι είναι οι νόμιμοι κληρονόμοι του Ασφαλισμένου.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ
1.Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή ή κάποια συγκεκριμένη θεραπεία με εντολή του γιατρού σας ;			
2.Ποιο είναι το ύψος σας:εκ. & το βάρος σας: kg			
3.Είσαστε καπνιστής/τρια ; (Αν ναι αναφέρετε την ημερήσια ποσότητα)			
4.Υφίσταται κάποια σωματική δυσμορφία ή δυσλειτουργία ;			
5.Έχετε ζητήσει ή παίρνετε σύνταξη λόγω ανικανότητας (μόνιμης ή πρόσκαιρης);			
6.Υπάρχει κάποιο χρόνιο ή αυτοάνοσο νόσημα για το οποίο βρίσκεστε υπό παρακολούθηση;			
7.Έχετε επισκεφθεί κάποιο γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες ;			
8.Έχετε υποβληθεί σε ιατρικές-διαγνωστικές εξετάσεις το τελευταίο χρόνο και για ποιο λόγο ;			
9.Έχετε ή είχατε κάποια πάθηση του κυκλοφορικού, αναπνευστικού, νευρικού, πεπτικού, ουροποιογεννητικού, ενδοκρινικού ή μυοσκελετικού συστήματος ;			
10.Έχετε έως σήμερα πραγματοποιήσει κάποια νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση;			
11.Υπάρχει προγραμματισμός ή σας έχει συστηθεί να νοσηλευθείτε ή να χειρουργηθείτε στο επόμενο χρονικό διάστημα;			
12.Τα τελευταία 3 χρόνια υπήρξε κάποια ασθένεια ή ατύχημα που να σας υποχρέωσε να παραμείνετε εκτός εργασίας για διάστημα μεγαλύτερο της μιας εβδομάδας;			
13.Πάσχετε από κάποια κληρονομική ή συγγενή (δηλαδή εκ γενετής) πάθηση ή διαταραχή;			
ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ			
14.Είστε έγκυος ;			
15.Έχετε πραγματοποιήσει μέχρι σήμερα τεστ Παπανικολάου ή εξέταση μαστών ;			
16.Πάσχετε ή υποφέρατε στο παρελθόν από οποιαδήποτε πάθηση της μήτρας, ωοθηκών, μαστών ή άλλη γυναικολογική πάθηση ;			

Σε περίπτωση που απαντήσατε ΝΑΙ, αναφέρετε παρακάτω τον αριθμό της ερώτησης και λεπτομέρειες, δηλαδή ημ/νίες, διαγνώσεις, νοσηλευτικά ιδρύματα κλπ.

.....

.....

ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΣΟΔΩΝ ΑΠΟ ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ & ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

[ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΧ/ΧΤ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ, ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ, ΕΦΟΣΟΝ ΔΕΝ ΤΑΥΤΙΖΟΝΤΑΙ, ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΣΩΠΑ – ΠΕΛΑΤΕΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ: ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ/ ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ, ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ, ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΑΤΟΣ]

Σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 4557/2018 και το συναφές κανονιστικό πλαίσιο, ισχύει ειδικό ρυθμιστικό πλαίσιο αναφορικά με την πρόληψη της χρησιμοποίησης του χρηματοπιστωτικού συστήματος για τη νομιμοποίηση εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και τη χρηματοδότηση της τρομοκρατίας (ΕΧ/ΧΤ), βάσει του οποίου καλείστε να μας απαντήσετε στα κάτωθι

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΣ ΕΚΤΕΘΕΙΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____ Αν ναι, αναφέρατε, ειδικώς, την ακριβή ιδιότητα του Πολιτικώς Εκτεθειμένου Προσώπου που διαθέτετε: (το πεδίο είναι ενδεικτικό)

«πολιτικώς εκτεθειμένα πρόσωπα» (Π.Ε.Π.) νοούνται: **Α. τα φυσικά πρόσωπα στα οποία έχουν ή είχαν ανατεθεί σημαντικά δημόσια λειτουργήματα όπως τα εξής:** α) οι αρχηγοί κρατών, αρχηγοί κυβερνήσεων, υπουργοί, αναπληρωτές υπουργοί και υφυπουργοί, β) τα μέλη κοινοβουλίων ή αντίστοιχων νομοθετικών σωμάτων, γ) τα μέλη των διοικητικών οργάνων πολιτικών κομμάτων, δ) τα μέλη ανώτατων δικαστηρίων, συνταγματικών δικαστηρίων ή άλλων υψηλού επιπέδου δικαστικών οργάνων των οποίων οι αποφάσεις δεν υπόκεινται σε περαιτέρω ένδικα μέσα, πλην εξαιρετικών περιστάσεων, ε) τα μέλη ελεγκτικών δικαστηρίων, στ) τα μέλη διοικητικών συμβουλίων κεντρικών τραπεζών, ζ) οι πρέσβεις και επιτετραμμένοι διπλωμάτες, η) οι υψηλόβαθμοι αξιωματικοί ενόπλων δυνάμεων, θ) τα μέλη διοικητικών, διαχειριστικών ή εποπτικών οργάνων κρατικών επιχειρήσεων, ι) οι διευθυντές, αναπληρωτές διευθυντές και μέλη του διοικητικού συμβουλίου ή πρόσωπα που κατέχουν ισοδύναμη θέση σε διεθνείς οργανισμούς. Κανένα από τα ανωτέρω δημόσια λειτουργήματα δεν αφορά πρόσωπα που κατέχουν ενδιάμεσες ή χαμηλές θέσεις της υπαλληλικής ιεραρχίας **Β. οι στενοί συγγενείς αυτών:** α) Οι σύζυγοι ή πρόσωπα εξομοιούμενα με συζύγους, σύμφωνα με την εκάστοτε εθνική νομοθεσία, όπως εκείνα με τα οποία έχει συναφθεί σύμφωνο συμβίωσης, σύμφωνα με το ελληνικό δίκαιο. β) τα τέκνα και οι σύζυγοι τους ή πρόσωπα εξομοιούμενα με τους τελευταίους, σύμφωνα με την εκάστοτε εθνική νομοθεσία, γ) οι γονείς και **Γ. τα πρόσωπα που είναι γνωστά ως στενοί συνεργάτες των προσώπων της κατηγορίας Α.** στα οποία περιλαμβάνονται: α) Φυσικά πρόσωπα για τα οποία είναι γνωστό ότι είναι από κοινού πραγματικοί δικαιούχοι νομικής οντότητας ή νομικού μορφώματος ή συνδέονται με οποιαδήποτε άλλη στενή επιχειρηματική σχέση με πολιτικώς εκτεθειμένο πρόσωπο, β) φυσικά πρόσωπα τα οποία είναι οι μόνιμοι πραγματικοί δικαιούχοι νομικής οντότητας ή νομικού μορφώματος που είναι γνωστό ότι έχει συσταθεί εν τοις πράγμασι προς όφελος πολιτικώς εκτεθειμένου προσώπου.

Μάλιστα, ειδικά ως περιεχόμενο του εθνικού καταλόγου που περιλαμβάνει όσους ασκούν ή άσκησαν σημαντικό δημόσιο λειτουργήμα στην Ελλάδα κατά την άσκηση των καθηκόντων και αρμοδιοτήτων τους, όπως καθορίζεται με κοινή απόφαση από τον Πρόεδρο της Βουλής των Ελλήνων και το Υπουργείο Οικονομικών, ισχύουν τα εξής: α) ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας, β) ο Πρωθυπουργός, οι Αντιπρόεδροι της Κυβέρνησης, Υπουργοί, Αναπληρωτές Υπουργοί και Υφυπουργοί, Γενικοί και Ειδικοί Γραμματείς, γ) Βουλευτές και Ευρωβουλευτές, δ) Αρχηγοί και οικονομικοί υπεύθυνοι των πολιτικών κομμάτων που εκπροσωπούνται στη Βουλή των Ελλήνων ή στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, ε) Περιφερειάρχες και Αντιπεριφερειάρχες, Δήμαρχοι και Αντιδήμαρχοι, στ) Δικαστικοί και Εισαγγελικοί λειτουργοί του Αρείου Πάγου, της Εισαγγελίας του Αρείου Πάγου, του Συμβουλίου της Επικρατείας, του Δικαστικού Σώματος των Ενόπλων Δυνάμεων και του Ανώτατου Ειδικού Δικαστηρίου, ζ) Δικαστικοί λειτουργοί του Ελεγκτικού Συνεδρίου και της Γενικής Επιτροπείας της Επικρατείας του Ελεγκτικού Συνεδρίου, η) ο Διοικητής, οι Υποδιοικητές, Διευθύνοντες Σύμβουλοι και τα μέλη των Συμβουλίων της Τράπεζας της Ελλάδος, θ) Πρέσβεις, επιτετραμμένοι διπλωμάτες και πρόξενοι, ι) Ανώτατοι Αξιωματικοί των Ενόπλων Δυνάμεων, ια) Πρόεδροι, Αντιπρόεδροι, Διευθύνοντες Σύμβουλοι, Εκτελεστικοί Γραμματείς, Εντεταλμένοι Σύμβουλοι, μέλη Διοικητικών ή άλλων Συμβουλίων ή Επιτροπών, συμπεριλαμβανομένων των αναπληρωτών τους, των πάσης φύσεως επιχειρήσεων οι οποίες ανήκουν στον Δημόσιο Τομέα, κατά τον ορισμό του άρθρου 14 του ν. 4270/2014, ή εποπτεύονται από αυτόν, ή τους ασκείται από αυτόν διαχειριστικός, διοικητικός ή εποπτικός έλεγχος, ιβ) Μέλη Διοικητικών Συμβουλίων, Διευθυντές, Αναπληρωτές Διευθυντές και πρόσωπα που κατέχουν ισοδύναμη θέση σε Διεθνείς Οργανισμούς. Ο επικαιροποιημένος εθνικός κατάλογος σημαντικών δημόσιων λειτουργημάτων προβλέπεται ότι αναρτάται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Οικονομικών και κοινοποιείται στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή

Ένα πρόσωπο διαθέτει την ιδιότητα του Π.Ε.Π. τουλάχιστον ένα (1) έτος από την ημερομηνία απώλειας του σημαντικού δημόσιου λειτουργήματος, ή έως ότου κριθεί ότι ενέχονται λόγοι εφαρμογής, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις του νόμου, που ισχύουν κάθε φορά.

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ (ΑΦΟΡΑ ΠΕΛΑΤΕΣ - ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ)

Ο κάτωθι υπογράφων, ενεργώντας ως νόμιμος εκπρόσωπος, της εταιρείας

(Η Εταιρεία), η οποία έχει ΑΦΜ..... δηλώνω με την παρούσα **(σημειώσατε με Χ)** ότι:

- είμαι ο πραγματικός δικαιούχος των περιουσιακών στοιχείων της εταιρείας
- ο πραγματικός δικαιούχος των περιουσιακών στοιχείων της εταιρείας είναι:

Ονοματεπώνυμο:

Διεύθυνση:

Στοιχεία Ταυτότητας / Διαβατηρίου:

Ο κάτωθι υπογράφων αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω την Ασφαλιστική Εταιρεία ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ αμελλητί και σε κάθε περίπτωση όχι πέραν των 30 ημερών, για κάθε αλλαγή του πραγματικού δικαιούχου ή των στοιχείων του.

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

«πραγματικός δικαιούχος» νοείται το ή τα φυσικά πρόσωπα, στα οποία τελικά ανήκει ο πελάτης, νομικό πρόσωπο ή νομική οντότητα, ή τα οποία ελέγχουν αυτόν, καθώς και το ή τα φυσικά πρόσωπα για λογαριασμό των οποίων διεξάγεται συναλλαγή ή δραστηριότητα. Ως «πραγματικός δικαιούχος» νοείται ιδίως: α) Όσον αφορά στις εταιρείες: αα) Το ή τα φυσικά πρόσωπα στα οποία τελικά ανήκει η εταιρεία ή τα οποία ελέγχουν αυτή διά της κατοχής ή του ελέγχου αμέσως ή εμμέσως ικανού ποσοστού των μετοχών ή των δικαιωμάτων ψήφου ή άλλων ιδιοκτησιακών δικαιωμάτων αυτής, μεταξύ άλλων και μέσω μετοχών στον κομιστή ή μέσω ελέγχου με άλλα μέσα. Η κατοχή ποσοστού μετοχών άνω του 25% ή ιδιοκτησιακού δικαιώματος άνω του 25% μιας εταιρείας από φυσικό πρόσωπο αποτελεί ένδειξη άμεσου ελέγχου αυτής. Η κατοχή ποσοστού μετοχών άνω του 25% ή ιδιοκτησιακού δικαιώματος άνω του 25% μιας εταιρείας από άλλη εταιρεία, ο έλεγχος της οποίας ασκείται από φυσικό ή φυσικά πρόσωπα ή από περισσότερες εταιρείες που ελέγχονται από το ίδιο ή τα ίδια φυσικά πρόσωπα, αποτελεί ένδειξη έμμεσου ελέγχου. Ο έλεγχος με άλλα μέσα μπορεί να εξακριβωθεί, μεταξύ άλλων, με βάση τις προϋποθέσεις των παρ. 2 έως και 5 του άρθρου 32 του ν. 4308/2014. Τα ανωτέρω δεν αφορούν στην περίπτωση εισηγμένης εταιρείας σε ρυθμιζόμενη αγορά που υπόκειται σε απαιτήσεις γνωστοποίησης, σύμφωνα με την ενωσιακή νομοθεσία ή ισοδύναμα διεθνή πρότυπα που εξασφαλίζουν επαρκή διαφάνεια σχετικά με τον πραγματικό

δικαιούχο ή εταιρείας που διαπραγματεύεται σε Πολυμερή Μηχανισμό Διαπραγμάτευσης και υπόκειται σε απαιτήσεις γνωστοποίησης ισοδύναμες αυτών της ρυθμιζόμενης αγοράς. αβ) Αν, και μόνο εφόσον εξαντληθούν όλα τα δυνατά μέσα και ελλείψει βάσιμων υποψιών, δεν προσδιοριστεί κανένα πρόσωπο ως πραγματικός δικαιούχος, σύμφωνα με την περ. αα' ή αν υπάρχουν αμφιβολίες ως προς το ότι το πρόσωπο που προσδιορίστηκε είναι ο πραγματικός δικαιούχος, το ή τα φυσικά πρόσωπα που κατέχουν θέση ανώτατου διοικητικού στελέχους διευθύνοντας την εταιρεία. Τα υπόχρεα πρόσωπα τηρούν αρχεία των δράσεων που έχουν αναλάβει για να προσδιοριστεί ο πραγματικός δικαιούχος, σύμφωνα με τα ανωτέρω. β) Όσον αφορά στα εμπιστεύματα (trusts): βα) ο ή οι εμπιστευματοπάροχοι, ββ) ο ή οι εμπιστευματοδόχοι, βγ) ο ή οι προστάτες, αν υπάρχουν, βδ) οι δικαιούχοι ή, εφόσον οι δικαιούχοι της νομικής οντότητας ή του νομικού μορφώματος δεν έχουν προσδιοριστεί ακόμη, η κατηγορία προσώπων προς το συμφέρον των οποίων κυρίως έχει συσταθεί ή λειτουργεί η νομική οντότητα ή το νομικό μόρφωμα, βε) οποιοδήποτε άλλο φυσικό πρόσωπο στο οποίο τελικά ανήκει ή το οποίο ασκεί άμεσα ή έμμεσα με οποιοδήποτε μέσο τον έλεγχο του εμπιστεύματος. γ) Όσον αφορά σε λουπές νομικές οντότητες ή νομικά μορφώματα παρεμφερή με τα εμπιστεύματα, πραγματικοί δικαιούχοι είναι τα πρόσωπα που κατέχουν αντίστοιχη ή ανάλογη θέση με τα πρόσωπα της περ. β'.. δ) Όσον αφορά σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, πραγματικός δικαιούχος είναι το ή τα φυσικά πρόσωπα που κατέχουν θέση ανώτερου διοικητικού στελέχους'

Δήλωση: Συμφωνώ και αποδέχομαι, καθώς έχω, προηγουμένως, ενημερωθεί, ότι, με το παρόν, κατά τη διάρκεια και με αφορμή την ασφαλιστική σχέση, η Εταιρεία, ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, («Υπεύθυνος Επεξεργασίας»), υποχρεούται να συλλέγει προσωπικά δεδομένα των πελατών και των πραγματικών δικαιούχων αυτών, συμπεριλαμβανομένων τυχόν απαιτούμενων ειδικής κατηγορίας προσωπικών δεδομένων, τα οποία τηρούνται σε αρχείο και αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας, από την ίδια ή/ και από τρίτους που εκτελούν την επεξεργασία, κατ' εντολήν και για λογαριασμό της, με σκοπό τη συμμόρφωση της Εταιρείας με το ισχύον κανονιστικό πλαίσιο για την πρόληψη της χρησιμοποίησης του χρηματοπιστωτικού συστήματος για τη νομιμοποίηση εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και τη χρηματοδότηση της τρομοκρατίας (ΕΧ/ΧΤ) (ν. 4557/2018 και συναφές κανονιστικό πλαίσιο). Συμφωνώ και αποδέχομαι, καθώς έχω, προηγουμένως, ενημερωθεί ότι οι πληροφορίες που περιέχονται σε αυτό το έντυπο και οι πληροφορίες που αφορούν τον πελάτη, τον πραγματικό δικαιούχο του πελάτη και το χρηματοοικονομικό λογαριασμό ενδέχεται να γνωστοποιηθούν στην Αρχή Καταπολέμησης της Νομιμοποίησης Εσόδων από Εγκληματικές Δραστηριότητες και της Χρηματοδότησης της Τρομοκρατίας και Ελέγχου των Δηλώσεων Περιουσιακής Κατάστασης, ως αρμόδια ελληνική αρχή, (όπως αυτή ορίζεται κάθε φορά), ή/ και στην εποπτική μας αρχή, ή/ και σε οποιαδήποτε άλλη αρμόδια αρχή, κατόπιν σχετικού αιτήματος, ενώ λουπές πληροφορίες για το πλαίσιο προστασίας των προσωπικών δεδομένων και για την άσκηση των συναφών δικαιωμάτων, (ιδίως, δικαίωμα πρόσβασης, φορητότητας, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού, εναντίωσης, καταγγελίας), λαμβάνω από την ειδική ενημέρωση περί προσωπικών δεδομένων στο έντυπο της αίτησης, από τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Εταιρείας στο email: dpo@syndea.gr, και στην ιστοσελίδα της Εταιρείας, www.syndea.gr. Δηλώνω ότι τα αναφερόμενα στο παρόν έντυπο είναι πλήρη και ακριβή. Δεσμεύομαι να ενημερώσω την εταιρεία ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, για οποιαδήποτε αλλαγή περιστάσεων, έχει ως αποτέλεσμα να καταστούν ανακριβείς ή ελλιπείς οι πληροφορίες που περιέχονται στο παρόν και να υποβάλλω σε αυτήν, αμελλητί και σε κάθε περίπτωση όχι πέραν των 30 ημερών, επικαιροποιημένο έντυπο ΕΧ/ΧΤ.

ΠΡΟΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ / ΔΗΛΩΣΕΙΣ

Ο υπογράφοντας, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή δήλωση ή/και για αποσιώπηση, γνωστών σε μένα, περιστατικών που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την απόφαση της εταιρείας για ασφάλιση και να οδηγήσουν στην απαλλαγή της Εταιρείας από την καταβολή του ασφαλισματος, δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις μου είναι αληθινές, σωστές και πλήρεις και δεν παρέλειψα να αναφέρω κάτι σχετικό με την υγεία μου ή με την τυχόν ασφάλισή μου σε άλλη εταιρία και αποδέχομαι ότι η Εταιρεία θα απαλλαχθεί από την υποχρέωση καταβολής ασφαλισματος, εφόσον έχω πράξει διαφορετικά. Η παρούσα αίτηση, καθώς και όποιο άλλο έγγραφο απαιτηθεί, αποδέχομαι να αποτελέσει αναπόσπαστο τμήμα του υπό έκδοση ασφαλιστηρίου.

Δηλώνω επίσης ότι οι απαντήσεις σε σχέση με την ταυτοποίησή μου ή μη ως προσώπου υπαγόμενου στη νομοθεσία των Η.Π.Α. για τη «Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής» (FATCA) και κάθε άλλη πληροφορία σχετιζόμενη με τη συμμόρφωσή με αυτήν από την ασφαλιστική εταιρία είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθείς.

Δηλώνω ότι μου ετέθησαν υπόψη οι γενικοί και ειδικοί όροι του ασφαλιστηρίου, τους οποίους και αποδέχομαι και έλαβα γνώση των πληροφοριών του άρθρου 152 του ν.4364/2016, οι οποίες είναι διαθέσιμες και στον ιστότοπο της Εταιρείας www.syndea.gr. Αναφορικά με την επεξεργασία των στοιχείων, που υποβάλλω στην παρούσα αίτηση, δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί ότι τα στοιχεία αυτά συλλέγονται από την ασφαλιστική Εταιρία, με σκοπό τη διενέργεια των απαιτούμενων πράξεων για τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης, την οποία αιτούμαι (ενδεικτικά για την επικοινωνία μαζί μου, για την τιμολόγηση, για την αποδοχή ή απόρριψη της αίτησης κ.α.) και δεν είμαι υποχρεωμένος να τα δώσω, αν δεν επιθυμώ τη σύναψη σύμβασης. Η Εταιρία θα επεξεργάζεται τα στοιχεία αυτά και κάθε περαιτέρω στοιχείο, που δύναται να συλλέξει από εμένα ή από τρίτο, συμβαλλόμενο με αυτήν ή μη, μέρος, εξαιτίας ή εξ' αφορμής της παρούσας αίτησης ή της σύμβασης, που τυχόν συναφθεί, για την εκτέλεση της σύμβασης (στην οποία περιλαμβάνεται η παροχή ασφαλιστικής κάλυψης, καταβολή ασφαλιστικής αποζημίωσης σε εμένα ή σε τρίτο) και για τη συμμόρφωσή της με έννομη υποχρέωσή της ή για την την προώθηση των εννόμων συμφερόντων της, όπως π.χ. η εξώδικη και δικαστική αντίκρουση, θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη αξιώσεων. Η Εταιρία μπορεί να διαβιβάζει σε τρίτους, με τις κατάλληλες εγγυήσεις προστασίας, τα στοιχεία σε όποιον, βάσει κανονιστικής πράξης ή νομοθεσίας, δικαιούται να τα λάβει, στους Αντασφαλιστές με τους οποίους συμβάλλεται, εντός και εκτός ΕΕ, όπως και σε Εταιρία του ίδιου ομίλου εντός ΕΕ, στους συμβαλλόμενους με αυτήν εκτελούντες την επεξεργασία, όπως ενδεικτικά ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, παρόχους υπηρεσιών φύλαξης αρχείων, υπηρεσιών εκπλήρωσης ασφαλιστικών καλύψεων, δικηγόρους, ερευνητές, πραγματογνώμονες, σε δικαστικές και δημόσιες αρχές. Η Εταιρία μπορεί να επεξεργάζεται τα στοιχεία αυτά για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την εκπλήρωση του εκάστοτε σκοπού επεξεργασίας. Ενημερώθηκα ότι έχω τα εξής δικαιώματα, ακριβείς πληροφορίες για τα οποία μπορώ να λάβω από τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Εταιρείας, αλλά και να προβώ στην άσκησή τους, στο E-mail: dpo@syndea.gr : Δικαίωμα πρόσβασης: έχω δικαίωμα να λάβω οποτεδήποτε επιβεβαίωση από την εταιρία για το κατά πόσο ή όχι τα δεδομένα που με αφορούν υφίστανται επεξεργασία και αν υφίστανται έχω δικαίωμα πρόσβασης σε αυτά και στις πληροφορίες γι' αυτά που προβλέπονται από το νόμο. Έχω δικαίωμα να λάβω αντίγραφο των δεδομένων που με αφορούν αλλά και δικαίωμα (Δικαίωμα στη φορητότητα) να λάβω τα δεδομένα σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο και αναγνώσιμο από μηχανήματα μορφότυπο, όπως και να διαβιβάζω τα δεδομένα σε άλλον, χωρίς αντίρρηση από την εταιρία. Δικαίωμα διόρθωσης: δικαιούμαι να ζητήσω τη διόρθωση ανακριβών δεδομένων που με αφορούν. Δικαίωμα περιορισμού: δικαιούμαι να ζητήσω από την εταιρία να περιορίσει την επεξεργασία των δεδομένων μου, υπό τους όρους του νόμου. Δικαίωμα διαγραφής (δικαίωμα στη λήθη): δικαιούμαι να ζητήσω τη διαγραφή των δεδομένων, που με αφορούν με τους περιορισμούς του δικαιώματος αυτού που θέτει ο νόμος. Δικαίωμα εναντίωσης: δικαιούμαι να αντιτάσσομαι οποτεδήποτε στην επεξεργασία υπό τους όρους του νόμου. Δικαίωμα καταγγελίας: καταλαβαίνω ότι δικαιούμαι, εφόσον υπάρξει παραβίαση της προστασίας των προσωπικών μου δεδομένων, να υποβάλω καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, Τηλ.210 6475600, E-mail:contact@dpa.gr.

Ειδικά για τα **ειδικής κατηγορίας προσωπικά δεδομένα** μου (άρθρο 9 παρ.1 Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων 679/2016 (GDPR), όπως π.χ. τα **δεδομένα υγείας**) ενημερώθηκα ότι, εφόσον τέτοια δεδομένα περιλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση ή/και είναι αναγκαία να λάβει η Εταιρία, εξαιτίας ή εξ

αφορμής της σύμβασης, που τυχόν συναφθεί μεταξύ μας, η επεξεργασία τους μπορεί να λάβει χώρα, όπως περιγράφηκε παραπάνω, με σκοπό τη συμμόρφωση με υποχρεώσεις, που επιβάλλει το εργατικό ή το κοινωνικής ασφάλισης δίκαιο ή τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη, εξώδικα και δικαστικά, νομικής αξίωσης.

Επιπλέον **συγκατατίθεται**, με την παρούσα, στην επεξεργασία των ειδικής κατηγορίας προσωπικών δεδομένων μου και σε περίπτωση που νόμιμα εκπροσωπώ ανήλικο στην επεξεργασία των προσωπικών του δεδομένων, όπως αυτή περιγράφηκε παραπάνω, για τους κάτωθι σκοπούς : α) για την εκτίμηση του κινδύνου στο πλαίσιο της σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης, του καθορισμού των γενικών και ειδικών όρων της σύμβασης αυτής, καθώς και του ανάλογου ασφαλιστρού, β) για τη διαχείριση και εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης καθ'όλη τη διάρκεια ισχύος ή και μετά τη λήξη αυτής, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης, του ελέγχου και του διακανονισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης, σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου ή της καταβολής ασφαλισματος, γ) για την προστασία των εννόμων συμφερόντων της Εταιρίας όπως π.χ. αντίκρουση αξιώσεων, εξώδικα και δικαστικά και για την πρόληψη και καταστολή της ασφαλιστικής απάτης, δ) για την εκπλήρωση εννόμων υποχρεώσεων της, όπως π.χ. για τη συμμόρφωση με τη νομοθεσία (ενδεικτικά περί πρόληψης της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες και της χρηματοδότησης της τρομοκρατίας, περί Αυτόματης Ανταλλαγής Χρηματοοικονομικών Πληροφοριών στο φορολογικό τομέα, (CRS/ DAC2), περί Φορολογικής Συμμόρφωσης Λογαριασμών Αλλοδαπής (FATCA) κ.α). Αποδέχομαι και συμφωνώ ότι, στο πλαίσιο εκπλήρωσης έννομων υποχρεώσεων της Εταιρίας, θα προσκομίσω δικαιολογητικά ή/ και πιστοποιητικά, που θα μου ζητηθούν. Σε περίπτωση μη ανταπόκρισής μου η ασφαλιστική εταιρία ενδέχεται να μην προχωρήσει στη σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης ή/και να προβεί στις νόμιμες ενέργειες, αναφορικά με την ενημέρωση των αρμοδίων αρχών. Ενημερώθηκα ότι πλέον των άνω δικαιωμάτων μου, έχω δικαίωμα, αναφορικά με τη συγκατάθεση επεξεργασίας των ειδικής κατηγορίας δεδομένων μου, να ανακαλέσω αυτήν ανά πάσα στιγμή, με απλή, έγγραφη, δήλωση προς τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων, στα άνω στοιχεία επικοινωνίας, χωρίς, όμως, η ανάκληση αυτή να θίγει τη νομιμότητα της επεξεργασίας, που έλαβε χώρα πριν την ανάκληση. Αναλυτικότερες πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων από την Εταιρία ενημερώθηκα ότι βρίσκονται στην ιστοσελίδα της Εταιρίας www.syndea.gr.

Με την υπογραφή του παρόντος, σύμφωνα με τις διαδικασίες της εταιρείας, αποστέλλονται τα κάτωθι έγγραφα, σχετικά με τα οποία υπάρχει υποχρέωση επικαιροποιημένης ενημέρωσης της Εταιρείας:

Για πελάτες – ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ:

Φωτοτυπία Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή στρατιωτικής Ταυτότητας (δύο όψεων) ή Διαβατηρίου σε ισχύ, Πρόσφατη πράξη διοικητικού προσδιορισμού φόρου εισοδήματος, Πρόσφατος λογαριασμός Οργανισμού Κοινής Ωφελείας (πχ. ΔΕΗ, ΟΤΕ), Επαγγελματική ταυτότητα ή αντίγραφο τελευταίας μισθοδοσίας ή βεβαίωση εργοδότη ή δήλωση έναρξης επιτηδεύματος.

Για πελάτες – ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ:

Επικυρωμένο ισχύον καταστατικό, σε κωδικοποιημένη μορφή, Πιστοποιητικό Ισχύουσας εκπροσώπησης από το ΓΕΜΗ, Φωτοτυπία Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας (δύο όψεων) των προσώπων που είναι εξουσιοδοτημένα να ενεργούν για λογαριασμό του πελάτη, Φωτοτυπία Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας (δύο όψεων) των πραγματικών δικαιούχων, Πρόσφατη πράξη διοικητικού προσδιορισμού φόρου εισοδήματος, σχετικό αποδεικτικό εγγραφής σε μητρώο πραγματικών δικαιούχων, (όπως απαιτείται).

Η Εταιρεία στο πλαίσιο της ασφαλιστικής σχέσης, ενόψει τήρησης τεκμηριωμένου αρχείου και εκπλήρωσης κανονιστικών υποχρεώσεων δύναται να ζητήσει την προσκόμιση πρόσθετων εγγράφων.

_____(Τόπος) ____/____/20____ (Ημερομηνία)

Ο ΑΙΤΩΝ

Υπογραφή