

Αίτηση Εξαγοράς Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου Ζωής προς την AXA Ασφαλιστική Α.Ε.

Ονομάζομαι _____, είμαι κάτοχος του Α.Δ.Τ. _____, με χρονολογία έκδοσης _____, Αρχή Έκδοσης _____, όνομα πατρός _____, Α.Φ.Μ. _____ και είμαι ο συμβαλλόμενος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ζωής με αριθμό _____.

Έχοντας:

ΝΑΙ ΟΧΙ

- Κατανοήσει τι ενδέχεται να απωλέσω από την εξαγορά. ☐ ☐
- Μελετήσει τις εναλλακτικές επιλογές που μου προτείνονται. ☐ ☐
- Συμβουλευθεί τον ασφαλιστικό μου σύμβουλο ή/και το Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών. ☐ ☐

Παρακαλώ όπως προβείτε στην εξαγορά του ασφαλιστηρίου μου και αποστείλετε το ποσό εξαγοράς είτε:

α) ☐ Με επιταγή στην ακόλουθη διεύθυνση:

Οδός _____ Αριθμός _____ Πόλη _____

Τ.Κ. _____ Δήμος/Νομός _____ Κινητό _____ Σταθ. Τηλέφωνο _____

β) ☐ Με κατάθεση στον τραπεζικό λογαριασμό μου με αριθμό IBAN _____ της τράπεζας _____.

Σημείωση: Σε αυτή την επιλογή, θα πρέπει να μας δηλώσετε έναν αριθμό IBAN λογαριασμού που είστε δικαιούχος ή συνδικαιούχος και όχι λογαριασμού τρίτου, στέλνοντας αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητάς σας και ένα αντίγραφο των στοιχείων του λογαριασμού σας, μέσω του ασφαλιστικού συμβούλου σας ή στο τμήμα Εξυπηρέτησης πελατών, μέσω email στο customerservice@axa.gr ή μέσω φαξ στο 210 72 68 121.

γ) ☐ Με αυτοπρόσωπη εμφάνισή μου, στα κεντρικά γραφεία της AXA Ασφαλιστικής.

Σημείωση: Σε αυτή την επιλογή απαιτείται η προσκόμιση του Α.Δ.Τ./διαβατηρίου/διπλώματος οδήγησής σας.

Σε περίπτωση που δεν μας εκφράσετε την επιθυμία σας με έναν από τους παραπάνω τρόπους τότε θα σας σταλεί επιταγή μέσω συστημένης επιστολής απευθείας στην πιο πρόσφατη διεύθυνση κατοικίας που μας έχετε δηλώσει.

Ποιοι λόγοι με ώθησαν σε αυτή την απόφαση

(παρακαλούμε επιλέξτε μία ή περισσότερες από τις παρακάτω απαντήσεις)

ΝΑΙ

ΟΧΙ

- Θα συνεχίσω την ασφάλισή μου σε άλλη ασφαλιστική εταιρεία. ☐ ☐
- Η AXA Ασφαλιστική Α.Ε. δεν μου παρείχε επαρκή πληροφόρηση/εξυπηρέτηση. ☐ ☐
- Η αποζημίωση που έλαβα δεν με ικανοποίησε. ☐ ☐
- Δεν είχα κατανοήσει τι πρόγραμμα είχα. ☐ ☐
- Οικογενειακοί/οικονομικοί λόγοι. ☐ ☐
- Ο ασφαλιστικός μου σύμβουλος δεν μου παρείχε επαρκή πληροφόρηση/εξυπηρέτηση. ☐ ☐
- Άλλοι λόγοι (παρακαλώ αναφέρατε). ☐ ☐

Σημείωση

- Σε περίπτωση εξαγοράς μέσω αντιπροσώπου-πληρεξουσίου (αφορά ποσό εξαγοράς κάτω των 5.000€) απαιτείται η θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής του συμβαλλομένου (από αστυνομικό τμήμα ή Κ.Ε.Π) τόσο στην αίτηση εξαγοράς όσο και στην εξουσιοδότηση παραλαβής της επιταγής από τον/την πληρεξούσιο με την προσκόμιση του Α.Δ.Τ./διαβατηρίου/διπλώματος οδήγησής του αντιπροσώπου-πληρεξουσίου.

Δηλώσεις προς την ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε.

Α. Φορολογική κατοικία

Η «Δήλωση φορολογικής κατοικίας» αποτελεί δήλωση υποχρεωτικής συμπλήρωσης, βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας (σε περίπτωση ύπαρξης φορολογικής κατοικίας και εκτός Ελλάδας, θα πρέπει να συνοδεύεται και από το «Έντυπο αυτοπιστοποίησης φορολογικής κατοικίας» που μπορείτε να βρείτε στον ιστότοπό μας <https://www.axa.gr/el/axa/files/> στην ενότητα «Άλλα έντυπα»).

▪ Φυσικό πρόσωπο ☐

Απαραίτητα στοιχεία προς συμπλήρωση για τα φυσικά πρόσωπα.

Σε συνέχεια του ασφαλιστηρίου μου με αριθμό _____, ο παρακάτω υπογεγραμμένος δηλώνω ότι:

- **Φορολογούμαι αποκλειστικά και μόνο στην Ελλάδα** όπου βρίσκεται η μόνιμη κατοικία μου και δεν έχω άλλη φορολογική υποχρέωση εκτός Ελλάδας. ☐
- **Φορολογούμαι και σε άλλη χώρα** (εκτός από την Ελλάδα). ☐
(Σε αυτή την περίπτωση, θα πρέπει να συμπληρωθεί το σχετικό «Έντυπο αυτοπιστοποίησης φορολογικής κατοικίας»).

Όνοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνίας Γέννησης: _____

Α.Φ.Μ.: _____

▪ Νομικό πρόσωπο ☐

Απαραίτητα στοιχεία προς συμπλήρωση για τα νομικά πρόσωπα.

Σε συνέχεια της αίτησης ασφάλισης ζωής με αριθμό _____, ο παρακάτω υπογεγραμμένος, ως νόμιμος εκπρόσωπος της εταιρείας _____ δηλώνω ότι εγώ, οι κύριοι μέτοχοι και η εταιρεία:

- **Φορολογούμαστε αποκλειστικά και μόνο στην Ελλάδα** όπου βρίσκονται τόσο η μόνιμη κατοικία μας όσο και η έδρα της εταιρείας και δεν έχουμε άλλη φορολογική υποχρέωση εκτός Ελλάδας. ☐
- **Εγώ, ως νόμιμος εκπρόσωπος της εταιρείας φορολογούμαι και σε άλλη χώρα** (εκτός από την Ελλάδα) (Σε αυτή την περίπτωση, θα πρέπει να συμπληρωθεί το σχετικό έντυπο αυτοπιστοποίησης φορολογικής κατοικίας). ☐
- **Ο/οι κύριος/οι μέτοχος/οι φορολογείται/φορολογούνται και σε άλλη χώρα** (εκτός από την Ελλάδα) Σε αυτή την περίπτωση, θα πρέπει να συμπληρωθεί το σχετικό έντυπο αυτοπιστοποίησης φορολογικής κατοικίας). ☐
- **Η εταιρεία φορολογείται και σε άλλη χώρα** (εκτός από την Ελλάδα) Σε αυτή την περίπτωση, θα πρέπει να συμπληρωθεί το σχετικό έντυπο αυτοπιστοποίησης φορολογικής κατοικίας). ☐

Όνοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνίας Γέννησης: _____ Α.Φ.Μ.: _____

Σε περίπτωση που υπάρχει φορολόγηση εκτός Ελλάδας ενδέχεται να ζητηθούν συμπληρωματικά έντυπα.

Β. Προσωπικά δεδομένα

Παρέχω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου στο ότι η ΑΧΑ Ασφαλιστική (εφεξής η Εταιρεία) θα τηρεί σε αρχείο στα γραφεία της και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά δεδομένα του άρθρου 2, παρ. α) και β) του Ν. 2472/1997 όπως ισχύει, που θα περιέλθουν στην κατοχή της κατά τη διάρκεια της συμβατικής σχέσης με τον πελάτη, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση, εκτέλεση της συμβατικής σχέσης και συμμόρφωσή της με τις εκάστοτε ισχύουσες απαιτήσεις που επιβάλλονται από νόμους, κανονισμούς και αποφάσεις Ρυθμιστικών Αρχών. Η Εταιρεία για τους προαναφερόμενους σκοπούς θα διαβιβάζει τα εν λόγω προσωπικά δεδομένα σε άλλα φυσικά πρόσωπα της ίδιας Εταιρείας, σε θυγατρικές εταιρείες του Ομίλου ΑΧΑ στην Ελλάδα και το εξωτερικό, σε συνεργαζόμενες εταιρείες στην Ελλάδα και το εξωτερικό ή σε όποιον άλλο αποδέκτη απαιτείται από το νόμο. Γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα να ζητώ και να λαμβάνω από την Εταιρεία πληροφορίες για τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, καθώς και να προβάλλω οποτεδήποτε αντιρρήσεις για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν, σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 13 Ν. 2472/1997, όπως ισχύει.

Ημερομηνία

Υπογραφή συμβαλλομένου

(Θεώρηση γνήσιου υπογραφής από Κ.Ε.Π. ή Αστυνομικό Τμήμα)

Εξουσιοδότηση Προς την ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε.

Εγώ ο/η _____ του _____ και της _____
γεννηθείς/είσα την ____ / ____ / ____ με Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβατηρίου _____, Α.Φ.Μ. _____ και
Δ.Ο.Υ. _____, εξουσιοδοτώ με την παρούσα υπεύθυνη δήλωση τον/την _____
κάτοχο του Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβατηρίου _____, να παραλάβει για λογαριασμό μου από την ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε.
που εδρεύει στην Αθήνα, Μιχαλακοπούλου 48, τη δίγραμμη επιταγή που θα εκδώσει η ως άνω Εταιρεία και αφορά την
εξαγορά του ασφαλιστηρίου μου με αριθμό _____ και να δηλώσει ότι δεν έχω πλέον καμία απαίτηση ή
αξίωση εναντίον της ΑΧΑ Ασφαλιστικής Α.Ε. προερχόμενης από το παραπάνω ασφαλιστήριο συμβόλαιο (αφορά ποσό
εξαγοράς κάτω των 5.000€).

Ημερομηνία

Ο/Η εξουσιοδοτών/ούσα

(Θεώρηση γνήσιου υπογραφής από Κ.Ε.Π. ή Αστυνομικό Τμήμα)

Υπογραφή