



ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΖΩΗΣ

Αριθμός Ασφαλιστηρίου: _____
 Ονομ/νυμο Συνεργάτη: _____ Κωδικός Συνεργάτη: _____

1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο: _____ Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ.: _____
 Όνομα: _____ ΑΔΤ/Αρ. Διαβ.: _____
 Όνομα Πατέρα: _____ Υπηκοότητα: _____
 Φύλο: Α Θ Δ/νση Κατ/κίας: _____
 Ημ. Γέννησης: _____ Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____ Πόλη: _____
 Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος Άγαμος Χήρος Δήμος/Νομός: _____
 Διαζευγμένος Τηλ. Κατοικίας: _____
 Ιδιότητα: Φυσικό Πρόσωπο Νομικό Πρόσωπο Κινητό Τηλέφωνο: _____
 Ταμείο Ασφάλισης: _____ E-mail: _____
 Α.Μ.Κ.Α: _____
 Επάγγελμα: _____

Στοιχεία Εργασίας

Επάγγελμα: _____ Δ/νση Εργασίας: _____ Αρ.: _____
 Περιγραφή/Λεπτομέρειες: _____ Δήμος/Νομός: _____ Τ.Κ.: _____
 Τηλ. Εργασίας: _____

Στοιχεία Επικοινωνίας

Δ/νση Αλληλ/φίας: _____ Αριθμός: _____ Δήμος/Νομός: _____ Τ.Κ.: _____
 Σταθερό Τηλέφωνο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____

Αλλαγή Συμβαλλομένου (Σε περίπτωση αλλαγής Συμβαλλομένου είναι υποχρεωτική η υπογραφή παλαιού και νέου Συμβαλλομένου)

Στοιχεία Παλαιού Συμβαλλομένου

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Υπογραφή: _____

2 ΑΛΛΑΓΗ - ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

Τράπεζα (Επωνυμία)	Κατάστημα/κωδικός	Ονοματεπώνυμο	Όνομα Πατέρα	Ημ. Γέν.	Σχέση	%	Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
1.								
2.								
3.								

3 ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΥ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

Ετήσια Εξαμηνιαία Τριμηνιαία Μηνιαία*
 Πάγια Εντολή Τράπεζας Πιστωτική Κάρτα Ταχυπληρωμή
 Ετήσια Αναπροσαρμογή του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή: 0% 100% 150% 200%

* Η μηνιαία συχνότητα καταβολής ασφαλιστρού αποτελεί διαθέσιμη επιλογή μόνο μέσω πάγιας εντολής χρέωσης τραπεζικού λογ/σμού ή πιστωτικής κάρτας

4 ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Υπάρχον Χαρ/κιο Ναι Όχι **Επένδυση Μελλοντικών Ασφαλιστρών** Ναι Όχι

AXA PROTECT AXA WF Euro 7-10 Alpha Fund of Funds Cosmos Stars Europe Μετοχικό
 AXA WF Optimal Income AXA WF US High Yield Bonds Alpha Fund of Funds Cosmos Stars Usa Μετοχικό
 AXA WF Framlington Europe Alpha Blue Chips Ελληνικό Μετοχικό Alpha Global Allocation Μικτό
 AXA WF Framlington American Growth Alpha Euro (€) Εταιρικών Ομολόγων Alpha Ελληνικό Μικτό
 AXA WF Framlington Emerging Markets Alpha Επιθετικής Στρατηγικής Ελληνικό Μετοχικό Alpha Ελληνικό Ομολογιακό
 Alpha Fund of Funds Cosmos Stars Bric Μετοχικό Alpha Select Νοτιο-Ανατολικής Ευρώπης Μετοχικό

Στην περίπτωση που επιθυμείτε αλλαγή του υπάρχοντος χαρτοφυλακίου επενδύσεων ή/και των μελλοντικών ασφαλιστρών στη νέα επενδυτική επιλογή σας, σημειώστε Ναι ή Όχι αντίστοιχα.

5 ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ - ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ - ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

Α. Γενικές Ερωτήσεις		Ασφαλιζόμενος		Συμβαλλόμενος		Εξαρτ. Μέλη	
		Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
1.	Έχετε ασφαλιστήρια Ζωής, Ιατρικής Περίθαλψης ή Ατυχημάτων σε άλλες ασφαλιστικές εταιρείες; (ατομικά ή/και ομαδικά προγράμματα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Είστε αθλητής ερασιτεχνικού ή επαγγελματικού σωματείου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ασχολείστε ή προτίθεστε να ασχοληθείτε με: ορειβασία, οδήγηση ιδιωτικού αεροπλάνου ή ανεμόπτερου, πτώση με αλεξίπτωτο, αγώνες μηχανοκίνητων οχημάτων, καταδύσεις με τη βοήθεια φιαλών πεπιεσμένων αερίων, πάλη, πυγμαχία, πολεμικές τέχνες, άλλα σπορ ή άλλες επικίνδυνες δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Οδηγείτε μοτοσυκλέτα; Αναφέρατε κυβισμό. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	α) Περιγράψτε λεπτομερώς το κύριο και το τυχόν δευτερεύον επάγγελμά σας. _____						
	β) Γνωρίστε μας ποιες είναι κατά μέσο όρο οι μηνιαίες καθαρές αποδοχές από την προσωπική σας εργασία.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6.	Έχετε πάρει απαλλαγή στράτευσης ή αναβολή κατάταξης από τις ένοπλες δυνάμεις; Αναφέρατε τους λόγους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Είστε κάτοικος/πολίτης των Η.Π.Α. για φορολογικούς σκοπούς, είστε κάτοχος πράσινης κάρτας, είστε γεννημένος στις Η.Π.Α., έχετε μόνιμη ή προσωρινή διεύθυνση κατοικίας στις Η.Π.Α./τραπεζικό λογαριασμό/τηλέφωνο/ταχυδρομική διεύθυνση (ή διεύθυνση αντίκλητου) στις Η.Π.Α.; Αν ναι, παρακαλούμε καθορίστε ποιο από τα παραπάνω ισχύει: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Σε περίπτωση νομικού προσώπου, ο συμβαλλόμενος έχει α) έδρα στις Η.Π.Α. ή/και β) ιδρυθεί, συσταθεί ή καταχωρηθεί ή έχει άλλη εγκατάσταση ή παρουσία στις Η.Π.Α. ή/και γ) τραπεζικό λογαριασμό ή τηλεφωνικό αριθμό ή αντίκλητο ή διεύθυνση αλληλογραφίας στις Η.Π.Α.; Επιπρόσθετα, επιβεβαιώνει ο συμβαλλόμενος ότι δ) φυσικό/νομικό πρόσωπο το οποίο κατέχει το 25% και άνω του εταιρικού/μετοχικού κεφαλαίου ή των δικαιωμάτων ψήφου είναι πολίτης ή κάτοικος των Η.Π.Α. για φορολογικούς σκοπούς και ε) ο νόμιμος εκπρόσωπος ή/και ο τελικός πραγματικός δικαιούχος είναι πολίτης ή κάτοικος των Η.Π.Α. για φορολογικούς σκοπούς; Αν ναι, παρακαλούμε καθορίστε ποιο από τα παραπάνω ισχύει: Για τις παραπάνω περιπτώσεις δ) και ε) παρακαλούμε απαντήστε στις ανωτέρω ερωτήσεις φυσικών ή/και νομικών προσώπων και για τα εν λόγω πρόσωπα. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Β. Ιατρικές Ερωτήσεις		Ασφαλιζόμενος		Συμβαλλόμενος		Εξαρτ. Μέλη	
		Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
1.	Είστε αριστερόχειρας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	α) Ποιο είναι το ύψος και το βάρος σας; β) Παρατηρήσατε μεταβολή του βάρους σας τους τελευταίους 6 μήνες;	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	α) Καπνίζατε ή καπνίζετε τα τελευταία 5 έτη; Αν ναι, πόσα τσιγάρα/πούρα την ημέρα και για πόσο χρονικό διάστημα; _____ β) Κάνατε ή κάνετε χρήση ναρκωτικών ουσιών; γ) Καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά; Εάν ναι, σημειώστε στις παρατηρήσεις τι είδους ποτά και πόσα ποτήρια την ημέρα κατά μέσο όρο. δ) Υποβληθήκατε ή υποβάλλεσθε σε θεραπεία για υπερβολική χρήση αλκοόλ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Έχετε κάποιες μορφές ανικανότητας; Αν ναι, έχετε υποβάλει αίτημα για συνταξιοδότηση ή είστε ήδη συνταξιούχος από το ταμείο της κύριας κοινωνικής ασφάλισής σας για οποιοδήποτε λόγο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Πάσχετε, έχετε νοσηλευθεί, υποβληθεί ή σας έχει συσταθεί οποιασδήποτε μορφής θεραπευτική αγωγή, χρόνια ή μη, για οποιαδήποτε από τις παρακάτω παθήσεις: Καρκίνος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, εγκεφαλικές αιμορραγίες και ανευρύσματα, στεφανιαία νόσος, bypass, ζαχαρώδης διαβήτης τύπου I και II, παθήσεις θυρεοειδούς, υπέρταση, ανεπάρκειες/μεταμοσχεύσεις ζωτικών οργάνων, παθήσεις γαστρεντερικού συστήματος, πάγκρεας, νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα, ηπατίτιδα Β/С/D/E, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, HIV I και II, ρευματοειδή αρθρίτιδα, παθήσεις κεντρικού νευρικού συστήματος, παθήσεις - κακώσεις μυοσκελετικού συστήματος, σκληρυνση κατά πλάκας, νευρολογικές ή ψυχωσικές διαταραχές, παθήσεις αίματος, παθήσεις αναπνευστικού συστήματος, παθήσεις νεφρών ή άλλες παθήσεις ουροποιητικού συστήματος.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Έχετε παραμείνει εκτός εργασίας για χρονικό διάστημα άνω των 10 συνεχόμενων ημερών, λόγω ασθένειας ή ατυχήματος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	α) Ακολουθείτε ή ακολουθήσατε κάποια φαρμακευτική αγωγή τα τελευταία 3 έτη; β) Έχετε νοσηλευθεί ή υποβληθεί σε επέμβαση τα τελευταία 10 έτη; γ) Σκοπεύετε να νοσηλευθείτε ή να χειρουργηθείτε στο επόμενο διάστημα των 12 μηνών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Επεξηγήσατε λεπτομερώς τις καταφατικές απαντήσεις όλων των παραπάνω ερωτήσεων.

6 ΠΡΟΣΘΗΚΕΣ - ΑΥΞΗΣΕΙΣ - ΜΕΙΩΣΕΙΣ ΚΑΛΥΨΕΩΝ

Περιγραφή Καλύψεων	Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο	Ασφάλιστρο
Επενδυτικό		
<input type="checkbox"/> Ενισχυμένη Κάλυψη <input type="checkbox"/> Παιδικό		
<input type="checkbox"/> Ενισχυμένη Επένδυση <input type="checkbox"/> Συνταξιοδοτικό		
<input type="checkbox"/> Υπερενισχυμένη Επένδυση		
Unit Linked - Επένδυση		
<input type="checkbox"/> Ενισχυμένη Κάλυψη <input type="checkbox"/> Υπερενισχυμένη Επένδυση		
<input type="checkbox"/> Μόνιμη Ολική Ανικανότητα (Μ.Ο.Α.) <input type="checkbox"/> Χ (1-5) <input type="checkbox"/> Απαλλαγή <input type="checkbox"/> Προστασία Ασφαλίστρου Ανηλίκου		

Προστασία με Νόημα Ζωής		
<input type="checkbox"/> Ανικανότητα <input type="checkbox"/> Απαλλαγή		
<input type="checkbox"/> Αυτονομία		
Κάλυψη Ζωής (Απλή)		
<input type="checkbox"/> Απαλλαγή <input type="checkbox"/> Αυτονομία		
ΕΞ - Ασφάλιση Δανείου		
<input type="checkbox"/> Ανικανότητα		
Εξασφάλιση Μηνιαίου Εισοδήματος		
<input type="checkbox"/> Ανικανότητα <input type="checkbox"/> Απαλλαγή		
<input type="checkbox"/> Σύνταξη Αυτονομίας		
Σύνταξη Αυτονομίας με Κεφάλαιο Ζωής Το ασφαλισμένο κεφάλαιο της κάλυψης «Κεφάλαιο Ζωής» θα πρέπει να είναι δεκαπλάσιο της μηνιαίας σύνταξης	Κεφάλαιο Ζωής:	
	Σύνταξη Αυτονομίας:	
Ατύχημα		
<input type="checkbox"/> Θάνατος & Ανικανότητα		
<input type="checkbox"/> Θάνατος		
<input type="checkbox"/> Ολική & Μερική Ανικανότητα		
<input type="checkbox"/> Έξοδα Ατυχήματος		

Περίθαλψη για όλους		
<input type="checkbox"/> Βασική <input type="checkbox"/> Πλήρης		
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1.500 <input type="checkbox"/> 3.000 <input type="checkbox"/> 9.000		
Νοσοκομειακό & Χειρουργικό Επίδομα		
<input type="checkbox"/> Βασικό <input type="checkbox"/> Πλήρες <input type="checkbox"/> Plus		
<input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 150		
Επίδομα Νοσοκομειακής Περίθαλψης		
Ημερήσιο Επίδομα από Ατύχημα		
Απώλεια Εισοδήματος από Ασθένεια		
Φροντίδα Εισοδήματος		
Χειρουργικό Επίδομα		
Σοβαρές Ασθένειες		
Διάγνωση		
<input type="checkbox"/> Απαλλαγή <input type="checkbox"/> Ειδική Απαλλαγή		

Σημειώσατε μόνο τις παροχές που αλλάζετε, αναφέροντας την τελική τους εικόνα.

7 ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

Όνοματεπώνυμο	Ημ. Γέννησης	Ατυχ.	Ατυχ. Εξωνόσ.	Ν.Χ.Ε.	Ε.Ν.Π.	Χ.Ε.	Διαγν.	Φροντ.
Σύζυγος								
Τέκνο 1ο								
Τέκνο 2ο								
Τέκνο 3ο								
Τέκνο 4ο								

Επάγγελμα συζύγου | _____

Α.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ./Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. του/της συζύγου | _____

Α.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ./Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. του/των τέκνου/ων | _____

8 ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΑΛΥΨΕΩΝ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

9 ΛΟΙΠΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

- Αλλαγή Ονοματεπώνυμου _____ Αλλαγή Επαγγέλματος Ασφαλισμένου _____
- Αλλαγή Διάρκειας Βασικής Ασφάλισης _____ Ακύρωση Ασφαλιστηρίου Ακύρωση Σωματοφύλακα
- Παροχή Δανείου _____ € Αντίγραφο Ασφαλιστηρίου

Επαναφορά Ασφαλιστηρίου

Υπεύθυνα δηλώνω ότι η κατάσταση της υγείας μου δεν έχει μεταβληθεί από την ημερομηνία ακύρωσης του παρόντος ασφαλιστηρίου, καθώς επίσης δεν έχω ασθενήσει ή νοσηλευθεί ούτε έχω λάβει οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή κατά το διάστημα αυτό.

10 ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

11 ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.

- Υπεύθυνα δηλώνω ότι τα στοιχεία της παρούσας αίτησης μετατροπής, καθώς και εκείνα που ενυπόγραφα έδωσα ή πρόκειται να δώσω σε ιατρούς εξουσιοδοτημένους από την ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε. είναι πλήρη και αληθινά.
- Αμετάκλητα εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε ιατρό, συνεργαζόμενο πάροχο υγείας και κάθε νόμιμο εκπρόσωπο της Εταιρείας να συλλέγει ιατρικές πληροφορίες τώρα ή/και στο μέλλον σχετικές με την κατάσταση της υγείας των εξαρτώμενων μελών της οικογένειας όπως αναφέρονται στο ασφαλιστήριο. Τις πληροφορίες που θα συλλέξει θα τις αναφέρει στην ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε. για όσο χρονικό διάστημα εγώ ή οι "δικαιούχοι" μου έχουν αξίωση καταβολής αποζημίωσης από οποιαδήποτε κάλυψη του ασφαλιστηρίου.
- Παρέχω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου ότι η Εταιρεία θα τηρεί σε αρχείο στα γραφεία της, θα επεξεργάζεται και θα διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα (Ν.2472/1997 όπως αυτός κάθε φορά ισχύει) σε άλλα φυσικά πρόσωπα της ίδιας Εταιρείας και σε θυγατρικές Εταιρείες του Ομίλου ΑΧΑ, στην Ελλάδα ή το Εξωτερικό ή σε συνεργαζόμενες με τον Όμιλο ΑΧΑ εταιρείες στην Ελλάδα ή το Εξωτερικό ή σε όποιον άλλο αποδέκτη απαιτείται, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης.
- Υπεύθυνα δηλώνω ότι μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου εκ των άρθρων 12 και 13 του Ν. 2472/1997 και συγκεκριμένα του δικαιώματος λήψης πληροφοριών σχετικά με όλα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και του δικαιώματος προβολής αντιρρήσεων για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν.
- Υπεύθυνα δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση των όρων του κανονισμού του κάθε αμοιβαίου κεφαλαίου που έχω επιλέξει για να επενδυθεί το αποταμιευτικό μέρος των ασφαλιστρών και προσχωρώ ανεπιφύλακτα σε αυτούς.
- Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι απαντήσεις που δίνονται στο παρόν ερωτηματολόγιο σε σχέση με την ταυτοποίηση των ανωτέρω αναφερόμενων προσώπων ή μη ως πρόσωπα υπαγόμενα στη νομοθεσία των Η.Π.Α. για τη «Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής» [Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)] και στη σχετική ελληνική νομοθεσία, και κάθε άλλη πληροφορία σχετιζόμενη με την τήρησή τους από την ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε. είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθείς.
- Παρέχω στην ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε. τη ρητή συγκατάθεσή μου για τη συλλογή, επεξεργασία, διατήρηση και λειτουργία αρχείου προσωπικών δεδομένων και ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, σχετικά με την επαλήθευση των στοιχείων μου για σκοπούς σχετικούς με την πρόληψη και καταστολή της νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και τη χρηματοδότηση της τρομοκρατίας, την προσφορά τίτλων αξιών σε φυσικά πρόσωπα, αμερικανούς πολίτες ή κατοίκους και την εφαρμογή της ελληνικής φορολογικής νομοθεσίας και της αμερικανικής νομοθεσίας Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA).
- Αποδέχομαι ότι η συλλογή και επεξεργασία των παραπάνω προσωπικών στοιχείων ή/και δεδομένων μου είναι απαραίτητη για την εκπλήρωση της νομικής υποχρέωσης της ΑΧΑ Ασφαλιστικής Α.Ε., για διαβίβαση προσωπικών δεδομένων σχετικά με την επαλήθευση των στοιχείων μου για τους παραπάνω σκοπούς και επιπλέον παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για διαβίβαση των προσωπικών μου στοιχείων και στοιχείων του ασφαλιστηρίου μου, της τρέχουσας αξίας/αξίας εξαγοράς του ασφαλιστηρίου συμβολαίου και οποιουδήποτε εισοδήματος ή εσόδων μου που απορρέουν από το ασφαλιστήριο στις αρμόδιες αρχές, όπως απαιτείται από την αμερικανική νομοθεσία Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) και τη σχετική ελληνική νομοθεσία.
- Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω χωρίς καθυστέρηση την ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε. για την οποιαδήποτε αλλαγή στα προσωπικά μου στοιχεία ή/και δεδομένα σχετικά με την επαλήθευση των παραπάνω στοιχείων μου για τους σκοπούς που αναφέρονται στον ανωτέρω όρο και αποδέχομαι ότι σε αυτή την περίπτωση ενδέχεται να απαιτηθεί εκ νέου η ταυτοποίηση των στοιχείων και των προσωπικών δεδομένων μου.
- Σε περίπτωση που με βάση τα ανωτέρω ερωτήματα της παρούσας αίτησης προκύψουν ενδείξεις σύνδεσης σχετικές με τις Η.Π.Α. σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από την αμερικανική νομοθεσία Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) και τη σχετική ελληνική νομοθεσία, αποδέχομαι και συμφωνώ ότι θα προσκομίσω στην ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε. τα αιτούμενα από αυτήν έντυπα, δικαιολογητικά ή/και αντίγραφα πιστοποιητικών. Σε περίπτωση μη ανταπόκρισής μου στα ως άνω αιτήματα της ΑΧΑ Ασφαλιστικής Α.Ε. για χορήγηση των απαιτούμενων εντύπων και λοιπών εγγράφων, η ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε. έχει το δικαίωμα να μην προχωρήσει στη σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης.
- Τυχόν άρση στο μέλλον της παρασχεθείσας με το παρόν, συγκατάθεσής μου ή/και τυχόν άρνηση στο μέλλον για (έγκαιρη) συνεργασία όσον αφορά στην εκπλήρωση της παρούσας υποχρέωσής μου για παροχή πληροφοριών, στοιχείων ή εγγράφων ή συγκαταθέσεων που απαιτούνται για την επαλήθευση της ταυτοποίησής μου και των προσωπικών δεδομένων μου, ή/και σε κάθε περίπτωση η ταυτοποίησή μου ως μη συμμετέχων Αλλοδαπό Χρηματοπιστωτικό Ίδρυμα (non-participating Foreign Financial Institution) θα παρέχει το δικαίωμα στην ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε. για άμεση ακύρωση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ή/και για διαβίβαση όλων των σχετικών δεδομένων στις αρμόδιες αρχές ή/και για άρνηση εκπλήρωσης οποιασδήποτε υποχρέωσης της ΑΧΑ Ασφαλιστικής Α.Ε., η οποία θα απορρέει από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

Υπογραφή Συμβαλλομένου _____ Υπογραφή Ασφαλιζομένου _____
(Εφόσον διάφορος του Ασφαλιζομένου)

Υπογραφή Εξαρτώμενων Μελών _____ Ημερομηνία _____

Υπογράφουν ο Συμβαλλόμενος και όσα μέλη είναι άνω των 18 ετών

Υπογραφή Εξουσιοδοτημένου Ασφαλιστικού Συνεργάτη _____