



## ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΖΩΗΣ

Αριθμός Ασφαλιστηρίου: \_\_\_\_\_

Όνομ/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  Διάζευγμένος  Δήμος/Νομός: \_\_\_\_\_

Ιδιότητα: Φυσικό Πρόσωπο  Νομικό Πρόσωπο  Τηλ. Κατοικίας: \_\_\_\_\_

Ταμείο Ασφάλισης: \_\_\_\_\_ Κινητό Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_

Α.Μ.Κ.Α.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

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	Όνοματεπώνυμο	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 Ασφαλιστρον**  Ναι  Όχι

- \_\_\_ AXA WF Defensive Optimal Income \_\_\_ 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 Silk Route Asia Μετοχικό

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



## 6 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ

Περιγραφή Καλύψεων	Διάρκεια Ασφάλισης	Ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο	Ασφάλιστρο	Ημερ. Έναρξης	Επασφάλιστρο	Ημ.Λήξ. Επασφ.
Unit Linked - Επένδυση						
<input type="checkbox"/> Κάλυψη <input type="checkbox"/> Υπερ/νη Επένδυση						
<b>Unit Linked - Ενιαίου Ασφαλίστρου</b>						
<b>Επενδυτική Επιλογή</b>						
<input type="checkbox"/> AXA WF Defensive Optimal Income	<input type="checkbox"/> AXA WF Euro 7-10	<input type="checkbox"/> Alpha Fund of Funds Cosmos Stars Europe Μετοχικό				
<input type="checkbox"/> AXA WF Optimal Income	<input type="checkbox"/> AXA WF US High Yield Bonds	<input type="checkbox"/> Alpha Fund of Funds Cosmos Stars Usa Μετοχικό				
<input type="checkbox"/> AXA WF Framlington Europe	<input type="checkbox"/> Alpha Blue Chips Ελληνικό Μετοχικό	<input type="checkbox"/> Alpha Global Allocation Μικτό				
<input type="checkbox"/> AXA WF Framlington American Growth	<input type="checkbox"/> Alpha Euro (€) Εταιρικών Ομολόγων	<input type="checkbox"/> Alpha Ελληνικό Μικτό				
<input type="checkbox"/> AXA WF Framlington Emerging Markets	<input type="checkbox"/> Alpha Επιθετικής Στρατηγικής Ελληνικό Μετοχικό	<input type="checkbox"/> Alpha Ελληνικό Ομολογιακό				
<input type="checkbox"/> Alpha Fund of Funds Cosmos Stars Silk Route Asia Μετοχικό						
<input type="checkbox"/> Μόνιμη Ολική Ανικανότητα (Μ.Ο.Α.) <input type="checkbox"/> (1-5) <input type="checkbox"/> Απαλλαγή <input type="checkbox"/> Προστασία Ασφαλίστρου Ανηλίκου						

<b>Προστασία με Νόημα Ζωής</b>						
<input type="checkbox"/> Ανικανότητα <input type="checkbox"/> Απαλλαγή						
<input type="checkbox"/> Αυτονομία						
<b>Κάλυψη Ζωής (Απλή)</b>						
<input type="checkbox"/> Απαλλαγή <input type="checkbox"/> Αυτονομία						
<b>ΕΞ - Ασφάλιση Δανείου</b>						
<input type="checkbox"/> Ανικανότητα						
<b>Εξασφάλιση Μηνιαίου Εισοδήματος</b>						
<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:				
<b>Ατύχημα</b>						
<input type="checkbox"/> Θάνατος και Ανικανότητα						
<input type="checkbox"/> Θάνατος						
<input type="checkbox"/> Ολική και Μερική Ανικανότητα						
<input type="checkbox"/> Έξοδα Ατυχήματος						
A. Ετήσια Καθαρά Ασφάλιστρα Επένδυσης και Προστασίας						

<b>Χειρουργικό &amp; Νοσοκομειακό Επίδομα</b>						
<input type="checkbox"/> Βασικό <input type="checkbox"/> Πλήρες <input type="checkbox"/> Plus						
<input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 150						
<b>Επίδομα Νοσοκομειακής Περίθαλψης</b>						
<b>Ημερήσιο Επίδομα από Ατύχημα</b>						
<b>Απώλεια Εισοδήματος από Ασθένεια</b>						
<b>Φροντίδα Εισοδήματος</b>						
<b>Χειρουργικό Επίδομα</b>						
<b>Σοβαρές Ασθένειες</b>						
<input type="checkbox"/> Απαλλαγή <input type="checkbox"/> Ειδική Απαλλαγή						
<b>B. Ετήσια Καθαρά Ασφάλιστρα Υγείας</b>						
<b>Σύνολο Ετήσιων Καθαρών Ασφαλίστρων (A+B)</b>						

## 7 ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

Όνοματεπώνυμο	Ημ. Γέννησης	Ατυχ.	Ατυχ. Εξωνόσ.	N.X.E.	E.N.Π.	X.E.	Διαγν.	Φροντ.
Σύζυγος								
Τέκνο 1ο								
Τέκνο 2ο								
Τέκνο 3ο								
Τέκνο 4ο								

Επάγγελμα συζύγου | \_\_\_\_\_

A.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ./Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. του/της συζύγου | \_\_\_\_\_

A.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ./Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβ. του/των τέκνου/τέκνων | \_\_\_\_\_

## 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.

Υπεύθυνα δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση των όρων του κανονισμού του κάθε αμοιβαίου κεφαλαίου που έχω επιλέξει για να επενδυθεί το αποταμιευτικό μέρος των ασφαλίσεων και προσχωρώ ανεπιφύλακτα σε αυτούς.

## 12 ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 7 και 9 του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ. /Ε.Ε. 679/2016 και της σχετικής ελληνικής νομοθεσίας ως ισχύει), αποδέχομαι τη συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση προσωπικών μου δεδομένων για την εξυπηρέτηση των σκοπών, όπως ορίζονται κατωτέρω από την εταιρεία ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε. που εδρεύει στο Δήμο Αθηναίων (οδός Μιχαλακοπούλου, αρ. 48) με ΑΦΜ 094005265.

### 1. Σκοποί

Οι σκοποί για τους οποίους γίνεται επεξεργασία δεδομένων μου, συνίστανται στους εξής:

α.	στην εκτίμηση του κινδύνου στο πλαίσιο της σύναψης της αιτούμενης από εμένα ασφαλιστικής σύμβασης, του καθορισμού των γενικών και ειδικών όρων αυτής καθώς και του ανάλογου ασφαλίστρου,
β.	στη διαχείριση 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 και της καταβολής του προβλεπόμενου στους όρους της σύμβασης ποσού (ασφαλίσματος),
γ.	στη συμμόρφωση της Εταιρείας με υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το εκάστοτε ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο και στην αποφυγή και καταπολέμηση της ασφαλιστικής απάτης.

### 2. Πηγή πληροφόρησης

α.	Η Εταιρεία συλλέγει προσωπικά μου δεδομένα που περιλαμβάνονται στην αίτηση ασφάλισής μου, στα συνοδευτικά αυτής έγγραφα και δικαιολογητικά, καθώς και οποιαδήποτε άλλα δεδομένα τα οποία ο ίδιος έχω γνωστοποιήσει ή θα γνωστοποιήσω στην Εταιρεία στο μέλλον είτε προφορικά είτε με οποιοδήποτε άλλο μέσο, έγγραφο ή ηλεκτρονικό, μέσω των υπαλλήλων της ή των συνεργαζόμενων μαζί της ασφαλιστικών διαμεσολαβητών.
β.	Επίσης, η Εταιρεία ζητά και συλλέγει για την εκπλήρωση αποκλειστικά των σκοπών που ορίζονται στην παρ. 1 του παρόντος, δεδομένα μου από τρίτα, συνεργαζόμενα ή μη με την Εταιρεία, μέρη.

### 3. Είδη δεδομένων προς επεξεργασία

Η επεξεργασία δεδομένων μου από την Εταιρία περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες:

<b>α.</b> Δεδομένα Ταυτοποίησης	π.χ. όνομα, επώνυμο, ημερομηνία γέννησης, αριθμό αστυνομικής ταυτότητας/ διαβατηρίου, ΑΜΚΑ, ΑΦΜ
<b>β.</b> Δεδομένα Επικοινωνίας	π.χ. διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου/ αλληλογραφίας, αριθμοί τηλεφώνου/ φαξ
<b>γ.</b> Δεδομένα Πληρωμής	π.χ. τραπεζικοί λογαριασμοί, χρεωστικές/ πιστωτικές και λοιπές τραπεζικές κάρτες
<b>δ.</b> Δεδομένα Ασφάλισης	δεδομένα απαραίτητα για τη σύναψη και διαχείριση της ασφαλιστικής σύμβασης, (π.χ. σε σχέση με την οικονομική/ περιουσιακή κατάσταση, επενδυτικούς/ αποταμιευτικούς στόχους, δεδομένα υγείας, δεδομένα για οδηγική συμπεριφορά)
<b>ε.</b> Δεδομένα Διακανονισμού	δεδομένα απαραίτητα για τη διαχείριση των απαιτήσεων από ασφάλιση που εμπεριέχονται στην αίτηση καταβολής αποζημίωσης/ εξαγοράς/ καταβολής ασφαλίματος ή σε συνοδευτικά αυτής έγγραφα/ δικαιολογητικά ή σχετίζονται με αυτήν.

### 4. Αποδέκτες

Δεδομένα μου μπορεί να διαβιβαστούν:

<b>α.</b>	σε άλλες (αντ)ασφαλιστικές εταιρίες έπειτα από υποβολή νόμιμου αιτήματος,
<b>β.</b>	στη μητρική εταιρία ή σε άλλη εταιρία εντός Ε.Ε. που ανήκει στον ίδιο όμιλο στον οποίο υπάγεται η Εταιρία. Η εν λόγω διαβίβαση δεν αφορά δεδομένα ειδικών κατηγοριών,
<b>γ.</b>	σε δημόσιες/ δικαστικές αρχές,
<b>δ.</b>	στην Υπηρεσία Στατιστικής των Ασφαλιστικών Εταιριών (αρχείο Υ.Σ.Α.Ε.) της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος,
<b>ε.</b>	σε συνεργαζόμενους με την εταιρία παρόχους στο πλαίσιο της νόμιμης λειτουργίας της ασφαλιστικής σύμβασης, όπως ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, παρόχους υπηρεσιών υγείας, φύλαξης και διαχείρισης αρχείων, υπηρεσιών βοήθειας, υπηρεσιών τηλεφωνικής εξυπηρέτησης πελατών, δικηγόρους, ερευνητές ή πραγματογνώμονες,
<b>ζ.</b>	στον συμβαλλόμενο της ασφαλιστικής σύμβασης, ο οποίος έλκει δικαιώματα από αυτή.

### 5. Χρόνος επεξεργασίας

Η Εταιρία θα συλλέγει, αποθηκεύει και εν γένει επεξεργάζεται δεδομένα μου με οποιοδήποτε τρόπο:

(α) για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την εκτέλεση του συμβολαίου και της άσκησης των εκατέρωθεν αξιώσεων που απορρέουν από αυτό, καθώς και της συμμόρφωσης της Εταιρίας με νομοθετικές και κανονιστικές απαιτήσεις, και

(β) μέχρι πέντε (5) έτη σε περίπτωση μη σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης

εκτός εάν εκκρεμεί δικαστική διένεξη πέραν των ως άνω χρόνων επεξεργασίας και μέχρι την περασίωσή της με αμετάκλητη δικαστική απόφαση.

### 6. Δικαιώματα υποκειμένου δεδομένων

Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω ανά πάσα στιγμή την παρούσα συγκατάθεσή μου, καθώς και για τις συνέπειες της τυχόν ανάκλησης. Ειδικότερα ενημερώθηκα ότι στην περίπτωση που ανακαλείται η συγκατάθεση ως προς δεδομένα, η επεξεργασία των οποίων είναι απολύτως αναγκαία για την εκτέλεση της ασφαλιστικής σύμβασης, η Εταιρία έχει το δικαίωμα να καταγγείλει τη σύμβαση. Εάν η ανάκληση της συγκατάθεσης γίνει κατά το προσυμβατικό στάδιο, τότε η Εταιρία έχει το δικαίωμα να αρνηθεί τη σύναψη της σύμβασης. Η επεξεργασία δεδομένων μου που πραγματοποιήθηκε μέχρι τη στιγμή της ανάκλησης παραμένει σύννομη και τα δεδομένα αυτά θα διαγραφούν κατά τα οριζόμενα στην ανωτέρω παρ. 5 «Χρόνος Επεξεργασίας».

Επιπλέον, ενημερώθηκα για τα παρακάτω δικαιώματά μου, όπως αυτά ισχύουν υπό τις προϋποθέσεις που ορίζονται στο Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ./Ε.Ε. 679/2016 και στη σχετική ελληνική νομοθεσία ως ισχύει) συγκεκριμένα ότι:

- Δικαιούμαι να έχω πρόσβαση στα προσωπικά μου δεδομένα που διαθέτει και επεξεργάζεται η Εταιρία.
- Δικαιούμαι να ζητήσω τη διόρθωση ανακριβών ή ανεπείκαιρων δεδομένων που με αφορούν ή τη συμπλήρωση ελλειπών δεδομένων μου.
- Δικαιούμαι να ζητώ τη διαγραφή δεδομένων μου από τα αρχεία της Εταιρίας εφόσον η επεξεργασία τους δεν είναι απαραίτητη για την επιδίωξη των σκοπών για τους οποίους έχουν συλλεγεί.
- Δικαιούμαι να ζητώ τον περιορισμό της χρήσης δεδομένων μου σε περίπτωση που αμφισβητώ την ακρίβειά τους.
- Δικαιούμαι να λαμβάνω τα δεδομένα που έχω ο ίδιος παράσχει σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο μορφότυπο.

Η άσκηση των ως άνω δικαιωμάτων προϋποθέτει την υποβολή έγγραφης αίτησης στην Εταιρία (αρμόδια Διεύθυνση Κανονιστικής Συμμόρφωσης και Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων).

Για οποιοδήποτε θέμα μπορώ να απευθυνθώ εγγράφως στην αρμόδια Διεύθυνση/ Υπεύθυνο για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της Εταιρίας είτε συμπληρώνοντας τη σχετική φόρμα επικοινωνίας που βρίσκεται στο σύνδεσμο: <https://www.axa.gr/el/epikoinonia/contact/>, είτε αποστέλλοντας e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση [compliance.dataprotection@axa.gr](mailto:compliance.dataprotection@axa.gr) ή fax στο +30 210 726 8810, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Μιχαλακοπούλου 48, 115 28 Αθήνα, υπόψη της αρμόδιας Διεύθυνσης.

Σε κάθε περίπτωση δικαιούμαι να απευθυνθώ στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είτε σε γραπτή μορφή (Κηφισιάς 1-3, Τ.Κ. 115-23) είτε ηλεκτρονικά ([www.dpa.gr](http://www.dpa.gr)). Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερόμενων δικαιωμάτων, η Εταιρία θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή του εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή του, ή τους λόγους που εμποδίζουν την άσκηση.

### 7. Διαβίβαση στοιχείων σε τρίτη χώρα

Η Εταιρία, στο πλαίσιο της συμμόρφωσής της με τους κανόνες της αυτόματης ανταλλαγής πληροφοριών στο φορολογικό τομέα, όπως αυτοί απορρέουν από διεθνείς υποχρεώσεις της χώρας κυρωθείσες με ελληνικό νόμο, ενδέχεται να προβεί σε διαβίβαση προσωπικών μου δεδομένων στην αρμόδιες εθνικές αρχές προκειμένου να προωθηθούν στις αντίστοιχες αρχές τρίτων χωρών.

Επιπλέον, η Εταιρία λόγω συμμετοχής σε ομιλικό σχήμα τρίτης χώρας ενδέχεται, λαμβάνοντας τις κατάλληλες εγγυήσεις, να προβεί σε διαβίβαση δεδομένων μου εκτός Ελλάδος ή και Ε.Ε. ρολογιακών ημερών από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή του, ή τους λόγους που εμποδίζουν την άσκηση.

## 8. Ενημέρωση σε περίπτωση αυτοματοποιημένης επεξεργασίας δεδομένων

Με τη συμπλήρωση της αίτησης ασφάλισης και με βάση τα δεδομένα που με τη θέλησή μου δηλώνω σε αυτήν, η Εταιρία δύναται να διενεργεί πράξεις επεξεργασίας δεδομένων μου με την υποστήριξη αυτοματοποιημένων διαδικασιών με σκοπό την εκτίμηση του προφίλ κινδύνου ή/ και του επενδυτικού μου προφίλ μου και τη λήψη εκ μέρους της Εταιρίας απόφασης επί της αιτούμενης ασφάλισης. Ειδικότερα:

(α) Οι ως άνω αυτοματοποιημένες διαδικασίες επιτρέπουν στην Εταιρία την εκτίμηση του υπό ανάληψη κινδύνου προκειμένου να καθορίσει (i) εάν η αίτησή μου να ασφαλιστώ είναι αποδεκτή ή απορρίπτεται, (ii) σε περίπτωση αποδοχής, το κατάλληλο και αναλογικό ύψος του ασφαλιστρού και τους τυχόν ειδικούς όρους υπό τους οποίους μπορεί να συναφθεί το επιθυμούμενο από εμένα πρόγραμμα.

(β) Οι αυτοματοποιημένες διαδικασίες που εφαρμόζει η Εταιρία βασίζονται σε μαθηματικές/ στατιστικές αναλύσεις των παραμέτρων εκείνων που καθιστούν δυνατή την αντικειμενική αξιολόγηση του κινδύνου και την ένταξή του σε ομοιογενή ομάδα κινδύνων με βάση τη συχνότητα και την ένταση των ζημιών που ενδέχεται να επιφέρει καθώς και την ορθή τιμολόγησή του.

(γ) Σε περίπτωση απόρριψής της αίτησής μου, δικαιούμαι να εναντιωθώ στο αποτέλεσμα, ζητώντας να γίνει έλεγχος του από την Εταιρία (αποστέλλοντας σχετικό αίτημα στο email: compliance.dataprotection@axa.gr ή fax στο +30 210 726 8810, είτε ταχυδρομικά στη διεύθυνση Μιχαλακοπούλου 48, 115 28 Αθήνα, υπόψη της αρμόδιας Διεύθυνσης/ Υπεύθυνου για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της Εταιρίας). Μπορώ επίσης να επικοινωνώ με την Εταιρία για την παροχή διευκρινίσεων/επεξηγήσεων ή και για τη διατύπωση της άποψής μου επί του αποτελέσματος.

Περαιτέρω, η Εταιρία ενδέχεται να κάνει χρήση αυτοματοποιημένων διαδικασιών κατά τη διάρκεια ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης προκειμένου να διενεργεί ελέγχους για σκοπούς ξεπλύματος χρήματος, αποτροπής της απάτης και συμμόρφωσης της Εταιρίας με την νομοθεσία για την αυτόματη ανταλλαγή πληροφοριών σχετικών με χρηματοοικονομικούς λογαριασμούς και την εν γένει νομοθεσία.

## 9. Επεξεργασία δεδομένων για σκοπούς marketing

Η Εταιρία θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται δεδομένα μου για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της Εταιρίας.

Για την επίτευξη του ως άνω σκοπού ενδέχεται να διαβιβαστούν δεδομένα μου σε συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών. Στο πλαίσιο της ίδιας επεξεργασίας ενημερώθηκα για το δικαίωμά μου να εναντιωθώ ανά πάσα στιγμή σε αυτήν μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην αρμόδια Διεύθυνση/ Υπεύθυνο για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της εταιρίας με τον τρόπο που περιγράφεται στην ανωτέρω παρ. 6 «Δικαιώματα υποκειμένου δεδομένων».

Έχω ενημερωθεί σχετικά με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από την AXA Ασφαλιστική και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για τη συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση προσωπικών μου δεδομένων, καθώς και για την περίπτωση αυτοματοποιημένης επεξεργασίας δεδομένων από την Εταιρία.

Συμβαλλόμενος  Ασφαλισμένος 1  Ασφαλισμένος 2  Ασφαλισμένος 3  Ασφαλισμένος 4  Ασφαλισμένος 5

Ο συμβαλλόμενος ενημερώθηκε ρητώς για την επεξεργασία δεδομένων μου για σκοπούς marketing και εμπορικής προώθησης προϊόντων/υπηρεσιών της AXA Ασφαλιστικής και  Συναινώ  Δεν συναινώ

## 13 ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

**Δηλώνω υπεύθυνα ότι παρέλαβα το Έγγραφο Βασικών Πληροφοριών (αφορά ΜΟΝΟ στα επενδυτικά προγράμματα), σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, το περιεχόμενο του οποίου έχω διαβάσει, κατανοήσει πλήρως και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.**

- Πραγματοποιήθηκε ανάλυση των ασφαλιστικών μου αναγκών.
- Δεν πραγματοποιήθηκε ανάλυση των ασφαλιστικών μου αναγκών κατόπιν ενημέρωσής μου για τα οφέλη της, επειδή δεν το επιθυμούσα.
- Πραγματοποιήθηκε ανάλυση του επενδυτικού μου προφίλ, το οποίο έλαβα υπόψη κατά την επιλογή της επένδυσής μου.
- Δεν πραγματοποιήθηκε ανάλυση του επενδυτικού μου προφίλ κατόπιν ενημέρωσής μου για τα οφέλη της, επειδή δεν το επιθυμούσα.

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

Υπογραφή Συμβαλλομένου \_\_\_\_\_ Υπογραφή Ασφαλιζομένου \_\_\_\_\_  
(Εφόσον διάφορος του Ασφαλιζομένου)

Υπογραφή Εξαρτώμενων Μελών \_\_\_\_\_  
Υπογράφουν ο Συμβαλλόμενος και όσα μέλη είναι άνω των 18 ετών

Υπογραφή Εξουσιοδοτημένου Ασφαλιστικού Συνεργάτη \_\_\_\_\_

**1. Επωνυμία:** ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε..

**2. Έδρα της Ασφαλιστικής Επιχείρησης:** Μιχαλακοπούλου 48, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 72 68 000, FAX: 210 72 68 810, Α.Φ.Μ.: 094005265, Δ.Ο.Υ.: Φ.Α.Ε. Αθηνών, ΑΡ. ΜΑΕ.: 12850/5/Β/86/30 και Γ.Ε.Μ.Η.: 232201000.

**3. Το Εφαρμοστέο Δίκαιο της Ασφαλιστικής Σύμβασης**

Το εφαρμοστέο δίκαιο είναι το ελληνικό.

**4. Τρόπος και χρόνος διαχείρισης αιτημάτων και παραπόνων**

**Τρόπος:**

**Α. Σχετικά με τα αιτήματα:** Ο συμβαλλόμενος ή τα ασφαλισμένα μέλη μπορούν να υποβάλλουν αιτήματα:

α) συμπληρώνοντας τη σχετική φόρμα επικοινωνίας που βρίσκεται στο σύνδεσμο: <https://www.axa.gr/el/epikoinonia/contact/>

β) αποστέλλοντας e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση [info@axa.gr](mailto:info@axa.gr),

γ) αποστέλλοντας fax στο +30 210 72 68 121

δ) ταχυδρομικά ή τηλεφωνικά στα στοιχεία της Εταιρείας που αναφέρονται παραπάνω.

**Β. Σχετικά με τα παράπονα:** Ο συμβαλλόμενος ή τα ασφαλισμένα μέλη μπορούν να υποβάλλουν παράπονα:

α) συμπληρώνοντας τη φόρμα υποβολής παραπόνου που βρίσκεται στο σύνδεσμο: <https://www.axa.gr/el/epikoinonia/complain-form>,

β) αποστέλλοντας e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση [complaintsdepartment@axa.gr](mailto:complaintsdepartment@axa.gr),

γ) αποστέλλοντας fax στο +30 210 72 68 850,

δ) ταχυδρομικά προς την ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε., τμήμα Παραπόνων, Μιχαλακοπούλου 48, 115 28 Αθήνα,

ε) τηλεφωνικά στο +30 210 72 68 328 στο τμήμα Παραπόνων της Εταιρείας.

**Χρόνος:** Η Εταιρεία εντός 30 ημερών από την ημέρα παραλαβής του αιτήματος ή παραπόνου του συμβαλλόμενου ή του ασφαλισμένου, θα αποστείλει έγγραφη και αιτιολογημένη απάντηση. Εάν δεν είναι σε θέση να δώσει απάντηση, εντός του προβλεπόμενου χρονικού περιθωρίου θα εξηγήσει τους λόγους καθυστέρησης αναφέροντας κατά προσέγγιση τον εκτιμώμενο χρόνο ολοκλήρωσης. Σε περίπτωση που οι αιτιώμενοι δεν μείνουν ικανοποιημένοι, μπορούν να απευθυνθούν σε Αρχές Προστασίας του Καταναλωτή, όπως π.χ. η Τράπεζα της Ελλάδος, η Γενική Γραμματεία του Καταναλωτή και ο Συνήγορος του Καταναλωτή, για την εξωδικαστική επίλυση του προβλήματός τους και σε περίπτωση αποτυχίας αυτής ενώπιον των αρμοδίων Δικαστηρίων.