

Η παρούσα δήλωση FATCA αποτελεί ενιαίο και αναπόσπαστο τμήμα της υπ.αριθμ .....  
Αίτησης Ασφάλισης Ζωής

## Δήλωση FATCA

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η, για λόγους συμμόρφωσης με τη νομοθεσία των Η.Π.Α για «τη Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής» ( Foreign Accounts Tax Compliance), γνωστή με το ακρώνυμο FATCA, δηλώνω ότι :

Είμαι πολίτης/υπήκοος ΗΠΑ:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Διαθέτω διαβατήριο που έχει εκδοθεί από τις ΗΠΑ:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Θεωρούμαι κάτοικος ΗΠΑ για φορολογικούς λόγους:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Είμαι κάτοχος πράσινης κάρτας:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Έχω γεννηθεί στις ΗΠΑ:	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Διαθέτω στις ΗΠΑ:	Ναι	Όχι
<ul style="list-style-type: none"><li>• οποιαδήποτε ταχυδρομική διεύθυνση/ διεύθυνση κατοικίας</li><li>• αριθμό/αριθμούς τηλεφώνου</li><li>• λογαριασμό τηρούμενο στις ΗΠΑ</li><li>• πρόσωπο με διεύθυνση στις ΗΠΑ προς το οποίο έχω χορηγήσει πληρεξούσιο ή εξουσιοδότηση υπογραφής για τις ανάγκες της παρούσας σύμβασης</li></ul>		

Συναινώ στην επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν στην ταυτοποίηση μου ως προσώπου υπαγόμενου στη νομοθεσία των Η.Π.Α για «τη Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής» FATCA, από την ασφαλιστική εταιρία «ERGO ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» με σκοπό τη συμμόρφωση της Εταιρείας με τις υποχρεώσεις περί τήρησης, υποβολής και διαβίβασης στοιχείων που απορρέουν από την κύρωση του Μνημονίου Συνεννόησης και Συμφωνίας μεταξύ της Ελλάδας – ΗΠΑ για τη βελτίωση της διεθνούς φορολογικής συμμόρφωσης και την εφαρμογή του Νόμου FATCA με τον Ν. 4493/2017.

Γνωρίζω ότι αποδέκτες προσωπικών μου δεδομένων καθώς και στοιχείων που αφορούν στο συναφθέν με την ασφαλιστική επιχείρηση «ERGO ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» ασφαλιστήριο συμβόλαιο και τα σχετικά με το συμβόλαιο, (π.χ. λογαριασμό, αξίες και εξαγορές), είναι, πέραν της ασφαλιστικής εταιρείας, και οι φορολογικές αρχές της Ελλάδας και των Η.Π.Α. που έχουν ορισθεί ως αρμόδιες για τη λήψη των στοιχείων αυτών βάσει του ανωτέρου Ν. 4493/2017.

Σε περίπτωση που, με βάση τις δηλώσεις μου στην αίτηση ασφάλισης και στο παρόν έντυπο, προκύψουν ενδείξεις σχετικές με τις Η.Π.Α., συμφωνώ ότι θα προσκομίσω στην ασφαλιστική εταιρεία τα αιτούμενα από αυτήν έντυπα, δικαιολογητικά ή αντίγραφα πιστοποιητικών. Σε περίπτωση μη ανταπόκρισης μου στα ως άνω αιτήματα για χορήγηση των απαιτούμενων εντύπων και λοιπών εγγράφων, η ασφαλιστική εταιρεία έχει το δικαίωμα να μην προχωρήσει στη σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης ή να προχωρήσει στην αναφορά μου ως μη συμμορφούμενου με τη νομοθεσία FATCA, στις εκάστοτε οριζόμενες αρχές.

Δηλώνω ότι οι απαντήσεις σε σχέση με τη ταυτοποίηση 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 την τήρηση της από την ασφαλιστική εταιρεία είναι πλήρεις και αληθείς.

Η παρούσα δήλωση FATCA αποτελεί ενιαίο και αναπόσπαστο τμήμα της υπ.αριθμ .....  
Αίτησης Ασφάλισης Ζωής

Θα ενημερώσω την «ERGO ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» εντός 30 ημερών σε περίπτωση αλλαγής των δεδομένων που αναφέρονται στο παρόν έντυπο, συμπληρώνοντας εκ νέου την παρούσα Δήλωση.

ΑΦΜ (ΗΠΑ) Λήπτη της Ασφάλισης :	
ΑΦΜ (ΗΠΑ) Ασφαλιζόμενου :	
ΑΦΜ (ΗΠΑ) Δικαιούχου/Δικαιούχων:	

Γνωρίζω ότι σε περίπτωση καταφατικής δήλωσης πρέπει να συμπληρώσω τα απαιτούμενα στοιχεία καθώς και το Έντυπο W-9 της Υπηρεσίας Εσωτερικών Εσόδων των Η.Π.Α (I.R.S) που περιλαμβάνει το Αμερικανικό ΑΦΜ του Δικαιούχου.

Τόπος:\_\_\_\_\_

Ημερομηνία:\_\_\_\_\_

Υπογραφή Λήπτη  
της Ασφάλισης/Δικαιούχου

Υπογραφή Λήπτη  
της Ασφάλισης

Υπογραφή Συζύγου Ασφαλιζόμενου  
(εφόσον προτείνεται για ασφάλιση)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο

Όνοματεπώνυμο

Όνοματεπώνυμο

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_