

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΛΑΔΩΝ (ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ)

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ & ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΠΕΛΑΤΗΣ	ΑΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΟ
Επώνυμο/Επωνυμία*
Όνομα/Όνομα Εκπροσώπου*
Ημερ. Γέννησης/...../...../...../.....
Α.Φ.Μ.*
Επάγγελμα
Ασφαλιστικό Ταμείο

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Δ/ΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΑ (σταθερό – κινητό):		
ΠΕΡΙΟΧΗ	T.K.	FAX	E-MAIL

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ

Ποιες είναι οι δικές σας προτεραιότητες ;

Σημειώστε τη σημασία που έχουν για εσάς, βάζοντας αντίστοιχους αριθμούς από το 1 (υψηλότερη) έως το 5 (χαμηλότερη)

Ασφάλιση αυτοκινήτου / μηχανής

Ασφάλιση κατοικίας / εξοχικού

Ασφάλιση επιχείρησης

Ασφάλιση επαγγελματικής αστικής ευθύνης

Άλλο

Τα πεδία με * στα Προσωπικά & Οικογενειακά στοιχεία συμπληρώνονται υποχρεωτικά

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ

Αυτοκίνητο

	ΟΧΗΜΑ 1	ΟΧΗΜΑ 2	ΟΧΗΜΑ 3
Ημερομηνία έναρξης .....	.....	.....	.....
Μάρκα / Μοντέλο .....	.....	.....	.....
Έτος κατασκευής .....	.....	.....	.....
Φορολογήσιμοι Ίπποι .....	.....	.....	.....
Χρώμα .....	.....	.....	.....
Έτος απόκτησης Διπλώματος .....	.....	.....	.....
Ασφαλιζόμενο κεφάλαιο .....	.....	.....	.....
Νέος οδηγός κάτω των 23 ετών	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Πέρα από την υποχρεωτική από το Νόμο κάλυψη Αστικής Ευθύνης επιθυμείτε άλλες συμπληρωματικές Καλύψεις(π.χ. Οδική Βοήθεια, Κλοπή, Θραύση Κρυστάλλων κλπ) ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
Περιγραφή συμπληρωματικών καλύψεων : .....	.....	
.....		
Επισυνάπτεται λίστα οχημάτων	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΛΑΔΩΝ (ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ)

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ

Κατοικία

	Ακίνητο 1		Ακίνητο 2	
Μόνιμη Κατοικία / Εξοχική κατοικία	<input type="checkbox"/> κατοικία	<input type="checkbox"/> εξοχικό	<input type="checkbox"/> κατοικία	<input type="checkbox"/> εξοχικό
Εμβαδόν	.....		.....
Ημ/νία έναρξης	.....		.....
Κατασκευή	<input type="checkbox"/> τυπική	<input type="checkbox"/> πολυτελής	<input type="checkbox"/> τυπική	<input type="checkbox"/> πολυτελής
Έτος κατασκευής	.....		.....
Ιδιόκτητο	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Με νόμιμη άδεια	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Επιθυμείτε συμπληρωματική κάλυψη σεισμού;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Μέτρα προστασίας για κλοπή ή φωτιά	.....		.....
Κτίριο	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Περιεχόμενο	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

Επιχείρηση

Είδος επιχείρησης
ΕμβαδόνΤ.μ.
Ημ/νία έναρξης/...../.....

Σκάφος

Είδος Μήκος Ηλικία Ημ. Έναρξης/...../.....
Πέρα από την υποχρεωτική από το Νόμο κάλυψη Αστικής Ευθύνης επιθυμείτε άλλες συμπληρωματικές Καλύψεις (π.χ. μικτή, κλοπή, κλπ) ;
 ΝΑΙ ΟΧΙ

Αστική ευθύνη

Γενική αστική ευθύνη
Αστική ευθύνη έργου
Αστική ευθύνη προϊόντος
Επαγγελματική αστική ευθύνη
Εργοδοτική αστική ευθύνη

Λοιποί Κλάδοι

.....
.....

Δηλώνω ότι :

1. Παρέλαβα από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή το ενημερωτικό έγγραφο που μου έδωσε, με τίτλο « ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 11 Π.Δ. 190/2006 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΑΣ ».
2. Τα στοιχεία που δηλώνω στο παρόν έντυπο είναι αληθινά και ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.
3. Αναγνωρίζω ότι ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής βασίζεται στα στοιχεία αυτά για να ερευνησει και να αναλύσει τις ασφαλιστικές μου ανάγκες. Επίσης, αναγνωρίζω ότι ελλιπή ή ανακριβή στοιχεία μπορεί να επηρεάσουν τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή στην εκτίμηση των αναγκών μου.
4. Αναγνωρίζω ότι η συλλογή προσωπικών δεδομένων που γίνεται με την συμπλήρωση του παρόντος εντύπου και η μεταγενέστερη επεξεργασία αυτών από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή αποσκοπεί στην εκπλήρωση της προβλεπόμενης από το άρθρο 11 παρ. 3 του ΠΔ 190/2006 υποχρέωσης του να διευκρινίζει τις ασφαλιστικές απαιτήσεις και ανάγκες μου βάσει των παρεχόμενων πληροφοριών και να μου προσδιορίζει τους λόγους στους οποίους βασίζονται οι ασφαλιστικές συμβουλές που θα μου παράσχει πριν την σύναψη εκ μέρους μου της ασφαλιστικής σύμβασης. Αποδέκτες των δεδομένων μου δύνανται να είναι η Ασφαλιστική Εταιρία προς την οποία θα υποβάλετε αίτηση ασφάλισης με την διαμεσολάβηση του Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή, οι δημόσιες υπηρεσίες και δικαστικές αρχές, δημόσιοι λειτουργοί και τρίτοι, βάσει επιταγών νόμου, δικαστικών αποφάσεων και για την πρόσβαση των έννομων συμφερόντων του Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή.
5. Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να γνωρίζω αν τα προσωπικά μου δεδομένα αποτελούν ή αποτέλεσαν αντικείμενο επεξεργασίας (άρθρο 12 Ν. 2472/97) καθώς και να προβάλλω οσοτεδήποτε αντιρρήσεις για την επεξεργασία των δεδομένων αυτών (άρθρο 13 Ν.2472/97). Επίσης ενημερώθηκα ότι για την άσκηση των δικαιωμάτων πρόσβασης και αντίρρησης για την επεξεργασία των δεδομένων μπορώ να απευθυνθώ στον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή.
6. Παρέλαβα αντίγραφο του παρόντος.
7. Στο πλαίσιο της προσυμβατικής μου ενημέρωσης παρέλαβα το προβλεπόμενο από την νομοθεσία υλικό για την Ασφαλιστική Επιχείρησηκαι τα προϊόντα της.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Ο ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΠΕΛΑΤΗΣ

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗΣ

.....
(ονοματεπώνυμο και υπογραφή)

.....
(ονοματεπώνυμο και υπογραφή)