



Έντυπο Προσδιορισμού των Αναγκών του Πελάτη

N. 4583/2018

Έντυπο Προσδιορισμού των Αναγκών του Πελάτη (σύμφωνα με τον Ν. 4583/2018)

Προκειμένου να μας διευκολύνετε να κατανοήσουμε τις ασφαλιστικές σας ανάγκες, είναι απαραίτητο να μας γνωστοποιήσετε τα στοιχεία εκείνα που προσδιορίζουν το ασφαλιστικό σας ενδιαφέρον και συμφέρον και τις ασφαλιστικές σας ανάγκες.

Ως εκ τούτου παρακαλούμε να μας βοηθήσετε να συμπληρώσουμε το παρακάτω ερωτηματολόγιο:

Προσωπικά Στοιχεία Πελάτη

Επώνυμο:	Όνομα:	
Ημερομηνία Γέννησης:	A.Δ.Τ.:	AΦΜ:
Επάγγελμα:	Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης:	
Οικογενειακή Κατάσταση:	<input type="checkbox"/> Άγαμος /η	<input type="checkbox"/> Έγγαμος/η
Προστατευόμενα Μέλη		
Όνομα:	Ημερ. Γέννησης:	Φύλο:
Όνομα:	Ημερ. Γέννησης:	Φύλο:
Όνομα:	Ημερ. Γέννησης:	Φύλο:

Στοιχεία Επικοινωνίας

Σταθερό Τηλέφωνο:	Κινητό Τηλέφωνο:	Email:
Διεύθυνση Αλληλογραφίας: Οδός:	Αριθμός	
Πόλη / Περιοχή:	Τ.Κ.	

Διαθέσιμοι Πόροι και Οικογενειακές Δαπάνες

Μηνιαία Έσοδα	Μηνιαία Έξοδα
Από εργασία:	Διαβίωσης οικογένειας:
Από ακίνητα:	Ενοίκιο / Στεγαστικό Δάνειο:
Από επενδύσεις:	Δάνεια / Κάρτες:
Από άλλη πηγή:	Φροντιστήρια- Σπουδές:
Σύνολο:	Διάφορα Έξοδα:
	Σύνολο:

Ιεράρχηση Ασφαλιστικών Αναγκών

Ιεραρχήστε τις ανάγκες σας με βάση την σπουδαιότητα που έχουν για εσάς, σημειώνοντας από το 1 (υψηλότερη) έως το 10 (χαμηλότερη) και επιλέγοντας (✓) το επιθυμητό επίπεδο κάλυψής τους.

	Ιεράρχηση (1 έως 10)	Επιθυμητή Ασφαλιστική Κάλυψη			
		Απλή - Υποχρεωτική	Διευρυμένη	Πλήρης	Καμμία
Προστασία Υγείας- Νοσοκομειακής Περιθαλψης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εξασφάλιση Α'βάθμιας Εξωνοσοκομειακής Περιθαλψης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Απώλεια Ζωής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατοχύρωση αξιοπρεπούς Σύνταξης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ιεράρχηση	Επιθυμητή Ασφαλιστική Κάλυψη			

	(1 έως 10)	Απλή - Υποχρεωτική	Διευρυμένη	Πλήρης	Καμμία
Προστασία από Ατύχημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προστασία Αποταμίευσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προστασία από Μόνιμη ή Μερική Ανικανότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προστασία του Μηνιαίου Εισοδήματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προστασία από Αμέλεια (Αστική Ευθύνη)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προστασία Κατοικίας / Εξοχικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προστασία μεταφοράς Εμπορευμάτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προστασία Επιχείρησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προστασία Σκάφους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προστασία Φωτοβολταϊκών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προστασία Ξενοδοχειακής μονάδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προστασία του υπό Κατασκευή Έργου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προστασία Οχήματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προστασία (άλλου).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Απαιτούμενα Στοιχεία για υποβολή προσφοράς ασφαλιστικών καλύψεων με βάση τα πιο πάνω στοιχεία

Αυτοκίνητο /Μηχανή	Όχημα 1	Όχημα 2	Όχημα 3
Αριθμ. Κυκλοφορίας:			
Μάρκα / Μοντέλο:			
Έτος Κατασκευής:			
Φορ. Ίπποι:			
Αξία:			
Ημερομηνία Λήξης Τρέχουσας Ασφάλισης:			
Νέος Οδηγός / 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

Κατοικία	Κύρια	Εξοχική
Είδος κατοικίας:	<input type="checkbox"/> Μονοκατοικία <input type="checkbox"/> Διαμέρισμα	<input type="checkbox"/> Μονοκατοικία <input type="checkbox"/> Διαμέρισμα
Εμβαδόν (τ.μ.):		
Έτος Κατασκευής:		
Είδος Κατασκευής:		
Ιδιότητα:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ενυπόθηκο ενδιαφέρον από Τράπεζα	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Ποσό	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Ποσό
Αξία Κτιρίου:		
Αξία Περιεχομένου:		
Ημερ/α Λήξης Τρέχουσας Ασφάλισης:		

Επιχείρηση

Είδος επιχείρησης:	
Εμβαδόν (τ.μ.):	
Έτος Κατασκευής:	
Είδος Κατασκευής:	
Ιδιότητα:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ενυπόθηκο ενδιαφέρον από Τράπεζα	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Ποσό
Αξία Κτιρίου:	
Αξία Περιεχομένου:	
Ημερ/α Λήξης Τρέχουσας Ασφάλισης:	

Σκάφος

Τύπος σκάφους:	<input type="checkbox"/> Φουσκωτό	<input type="checkbox"/> Πλαστικό	<input type="checkbox"/> Πολυεστερικό	<input type="checkbox"/> Ιστιοπλοϊκό
Μήκος:	Ιπποδύναμη:	Έτος κατασκευής:	Ημερ. Λήξης Τρέχουσας Ασφάλισης:	

Προστασία από Ατύχημα (Π.Α.)

Προσωπική Οικογενειακή

Προστασία από Αμέλεια (Αστική Ευθύνη)

Προσωπική Επαγγελματική Οικογενειακή

Ασφάλιση Ζωής και Υγείας

Κατά τη διάρκεια της ζωής μας, προκύπτουν αιφνίδια γεγονότα τα οποία συνήθως αλλάζουν τον όποιο σχεδιασμό έχουμε κάνει. Εσείς έχετε σκεφτεί πως θα τα αντιμετωπίζατε;

Με ποιον τρόπο θα καλύψετε τις οικονομικές ανάγκες της οικογένειάς σας εάν δεν υπάρχει το δικό σας εισόδημα;		Με βάση το οικογενειακό σας ταμείο, την υπάρχουσα κατάσταση σας και τις τρέχουσες υποχρεώσεις σας, ποιο πιστεύετε ότι είναι το ποσό που θα μπορούσε να τις καλύψει;	
Από Επενδύσεις	<input type="checkbox"/>	Ποσόν	€
Διαθέσιμες Αποταμιεύσεις	<input type="checkbox"/>	Θα θέλατε να εξασφαλίσετε αυτό το ποσό;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Με Εισόδημα από Ακίνητα	<input type="checkbox"/>		
Με άλλο τρόπο	<input type="checkbox"/>		

Πώς αντιμετωπίζετε το κόστος Α΄ Βάθμιας Περίθαλψης;

Με χρήση του κρατικού (δημόσιου) φορέα ασφάλισης	<input type="checkbox"/>
Με χρήση ατομικού / οικογενειακού ασφαλιστηρίου	<input type="checkbox"/>
Με χρήση ομαδικής ασφάλισης	<input type="checkbox"/>
Με δικά μου χρήματα	<input type="checkbox"/>
Με άλλο τρόπο	<input type="checkbox"/>

Πώς αντιμετωπίζετε το κόστος μιας Νοσηλείας;

Με χρήση του κρατικού (δημόσιου) φορέα ασφάλισης	<input type="checkbox"/>
Με χρήση ατομικού / οικογενειακού ασφαλιστηρίου	<input type="checkbox"/>
Με χρήση ομαδικής ασφάλισης	<input type="checkbox"/>

Με δικά μου χρήματα	<input type="checkbox"/>
Με άλλο τρόπο	<input type="checkbox"/>

Έχετε ποτέ σκεφτεί πόσο θα επηρεάσουν τη ζωή σας, οι αλλαγές που έχουν προκύψει με τα νέα μέτρα για το ασφαλιστικό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Σχετικά με τη σύνταξή σας: ΝΑΙ ΟΧΙ

Πως σκέφτεστε να αναπληρώσετε τη μείωση στη σύνταξή σας ή να την συμπληρώσετε;

Με συστηματική αποταμίευση	<input type="checkbox"/>	Με ατομικό / ή ομαδικό ασφαλιστήριο	<input type="checkbox"/>
Με επένδυση	<input type="checkbox"/>	Με άλλο τρόπο	<input type="checkbox"/>
Με αγορά ακινήτου με σκοπό της επένδυση	<input type="checkbox"/>	Δεν το έχω σκεφτεί	<input type="checkbox"/>
Θα θέλατε να σχεδιάσουμε μαζί τον τρόπο με τον οποίο θα ενισχύσουμε τη σύνταξή σας;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

Σχετικά με το μέλλον των παιδιών σας:

Γνωρίζετε τα χρήματα που απαιτούνται για να υποστηρίξετε τις σπουδές ή την εναλλακτική αποκατάσταση των παιδιών σας;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Έχετε κάνει κάτι για αυτό;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αν Ναι, τι έχετε κάνει;	Αποταμίευση <input type="checkbox"/>	Επένδυση <input type="checkbox"/>
	Ατομικό Συμβόλαιο <input type="checkbox"/>	Άλλο <input type="checkbox"/>
Θέλετε να σχεδιάσουμε μαζί τον τρόπο με τον οποίο θα εξασφαλίσετε τα χρήματα αυτά;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

Δήλωση Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

Ο/Η, ασφαλιστικός σας διαμεσολαβητής δηλώνω ότι :

- Κατέχω συμμετοχή άμεση ή έμμεση, σε μετοχικό κεφάλαιο Ασφαλιστικής Εταιρίας, που να φθάνει ή να υπερβαίνει ποσοστό 10% των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου της.

ΝΑΙ ΟΧΙ

- Υπάρχει συμμετοχή ασφαλιστικής επιχείρησης ή μητρικής της (άμεση ή έμμεση) σε ποσοστό που να φθάνει ή να υπερβαίνει ποσοστό 10% σε ψήφους ή στο μετοχικό κεφάλαιο της επιχείρησής μου που ασκεί δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών προϊόντων.

ΝΑΙ ΟΧΙ

- Η συλλογή των προσωπικών σας δεδομένων που περιλαμβάνονται στο παρόν ενημερωτικό έντυπο αναγκών σας και η ακόλουθη επεξεργασία αυτών που θα λάβει χώρα αποσκοπεί στην εκπλήρωση της εκ του Ν. 4583/2018 υποχρέωσής μας να αποσαφηνίσουμε τις ασφαλιστικές σας ανάγκες βάσει των πληροφοριών που μας δώσατε ώστε να σας παράσχουμε τις ασφαλιστικές συμβουλές πριν από την σύναψη οποιασδήποτε ασφαλιστικής σύμβασης.

- Τα προσωπικά σας δεδομένα θα καταστούν γνωστά στην ασφαλιστική Εταιρεία προς την οποία θα υποβάλλετε πρόταση ασφάλισης με την διαμεσολάβησή μου καθώς και σε δημόσια υπηρεσία, δικαστική αρχή και τρίτους βάσει επιταγής νόμων, δικαστικών αποφάσεων για την προάσπιση των εννόμων συμφερόντων μας.

- Έχετε δικαίωμα να γνωρίζετε εάν τα προσωπικά σας δεδομένα αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας καθώς και να προβάλλετε οιοσδήποτε αντιρρήσεις για την επεξεργασία των δεδομένων αυτών. Για την άσκηση των δικαιωμάτων πρόσβασης και αντίρρησης για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στη διεύθυνση.....τηλ.

- Με βάση δε τα ως άνω στοιχεία που δηλώσατε και καταγράφηκαν στο παρόν έντυπο αναγκών θα προβώ σε μελέτη ασφάλισης με συγκεκριμένες προσφορές ασφάλισης και θα υποβάλλω αιτιολογημένη πρόταση ασφαλιστικής κάλυψης.

Δήλωση Πελάτη

Τα στοιχεία που δηλώνω στο παρόν έντυπο είναι αληθινά και ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα στην έκταση που γνωρίζω και μπορώ να ελέγξω.

Αναγνωρίζω ότι ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής βασίζεται στα στοιχεία αυτά για να ερευνήσει 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.

Δηλώνω ότι παρέλαβα από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή αντίγραφο του παρόντος, καθώς και το ενημερωτικό έγγραφο που μου έδωσε, με τίτλο «ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚ ΤΟΥ Ν. 4583/2018 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΑΣ».

Συμφωνώ να τηρούνται σε αρχείο τα προσωπικά δεδομένα που περιέχονται στο παρόν έντυπο και να γνωστοποιούνται στην Εταιρεία όσα είναι απαραίτητα για την τήρηση των συμβατικών υποχρεώσεων της ή σε οποιαδήποτε δημόσια αρχή κατόπιν σχετικού αιτήματός της. Τροποποιήσεις των στοιχείων αυτών γίνονται από την Εταιρεία, κατόπιν αιτήματος του αιτούντος.

Ημερομηνία: / /.....

Πελάτης

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

Τόπος:

Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

Δήλωση Πελάτη/Υποψηφίου για Ασφάλιση (Μόνο εφόσον δεν επιθυμεί να συμπληρώσει το ως άνω ερωτηματολόγιο)

Δηλώνω ότι δεν επιθυμώ τη συμπλήρωση του ως άνω ερωτηματολογίου, αναγνωρίζοντας ότι, η ασφαλιστική πρόταση που θα λάβω ίσως να μην ανταποκρίνεται στις ασφαλιστικές μου ανάγκες.

Ημερομηνία: / /.....

Πελάτης

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

Τόπος:

Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

Εξατομικευμένη Παροχή Συμβουλών προς τον Πελάτη (Ν.4583/άρθρο 3ο)

Το παρόν είναι ένα σημαντικό έγγραφο το οποίο περιγράφει τους λόγους για τους οποίους το προϊόν που προτείνεται, θεωρείται κατάλληλο, για τις συγκεκριμένες ανάγκες, σκοπούς ή περιστάσεις, λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις που παρείχατε στις ερωτήσεις του Εντύπου Έρευνας Αναγκών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία, όπως αυτά προέκυψαν από την αξιολόγηση των πληροφοριών που συγκεντρώσαμε από το ιεράρχησή των αναγκών σας, στο Έντυπο Έρευνας των Αναγκών, που διενεργήθηκε από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή σας, το κατάλληλο για εσάς συγκεκριμένο προϊόν / πακέτο είναι :

Προτεινόμενο ασφαλιστικό προϊόν ή πακέτο

.....
.....
.....
.....

Περιγραφή του προτεινόμενου ασφαλιστικού προϊόντος ή πακέτου

.....
.....
.....
.....
.....

Λόγοι για τους οποίους το προτεινόμενο προϊόν ικανοποιεί καλύτερα τις απαιτήσεις και τις ανάγκες σας

.....
.....
.....
.....
.....

Οι πλήρεις προσυμβατικές και συμβατικές πληροφορίες για κάθε προϊόν παρέχονται στο «Βασικό Έντυπο Πληροφοριών» για το προϊόν. Αντίστοιχη ενημέρωση παραδίδεται και για το πακέτο. Σημειώνεται ότι κατά τη διάθεση του συγκεκριμένου προϊόντος / πακέτου δεν προκύπτει κατάσταση σύγκρουσης συμφερόντων. Σε περίπτωση που στο μέλλον προκύψει, η Εταιρεία δεσμεύεται δια της πολιτικής που εφαρμόζει, να σας ενημερώσει αρμοδίως.

Σημαντική Επισήμανση

Η παροχή εξατομικευμένης συμβουλής παρέχεται κατόπιν εκτίμησης και ανάλυσης των αναγκών σας από την Εταιρεία μέσω του «Εντύπου Προσδιορισμού Αναγκών του Πελάτη». Βάσει των συγκεκριμένων πληροφοριών που δώσατε, η Εταιρεία προέβη στην εξατομικευμένη συμβουλή για συγκεκριμένο ασφαλιστικό προϊόν.

Ο Λήπτης της ασφάλισης δηλώνει ότι το σύνολο των πληροφοριών που περιέχονται είναι ακριβές και αληθές, ότι δεν έχει παραλείψει κάποια ουσιώδη δήλωση ή πληροφορία, ότι θα ενημερώσει χωρίς καθυστέρηση την Εταιρεία για οποιαδήποτε αλλαγή τυχόν επέλθει στο μέλλον στα στοιχεία τα οποία δοθήκαν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης αίτησης ασφάλισης. Βάσει δε όλων των παραπάνω δηλώσεων επιθυμεί την έκδοση του συμβολαίου.

Διανομέας Ασφαλιστικών Προϊόντων

Όνοματεπώνυμο.....

Ημερομηνία.....

Υπογραφή

Λήπτης της ασφάλισης

Όνοματεπώνυμο.....

Ημερομηνία.....

Υπογραφή

Δήλωση Πελάτη/Υποψηφίου για Ασφάλιση (Μόνο εφόσον δεν επιθυμεί να αποδεχθεί την πρόταση του Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή)

Δηλώνω ότι δεν επιθυμώ να ακολουθήσω και να αποδεχθώ την παραπάνω πρόταση διότι :

-
.....
.....

και προτιμώ:

-
.....
.....

- αναγνωρίζοντας ότι, η ασφαλιστική πρόταση που τελικά θα λάβω, ίσως να μην ανταποκρίνεται στις ασφαλιστικές μου ανάγκες.

Ημερομηνία: / /.....

Πελάτης

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Τόπος:

Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή