

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ

Ετήσια Επίσκεψη ☐Νέα Πρόταση ☐

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

Ονοματεπώνυμο: _____

Γραφείο Παραγωγής: _____

Σταθερό Τηλέφωνο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____

Μητρώο: _____

Σχέση συνεργασίας με την Εθνική Ασφαλιστική: _____

ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΣΑΣ

Για να σας προτείνουμε τις καλύτερες δυνατές λύσεις για τις προσωπικές σας ανάγκες παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΗ

Ονοματεπώνυμο: _____ Ημερομηνία Γέννησης: _____

Επάγγελμα: _____ ΑΦΜ: _____

Κοινωνικός Φορέας Ασφάλισης: _____

Δ/νση Κατοικίας: _____ Δ/νση Εργασίας: _____

Σταθερό Τηλέφωνο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____

E-mail Επικοινωνίας: _____

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

Ονοματεπώνυμο

Ημερομηνία Γέννησης

Σύζυγος _____

1ο Παιδί _____

2ο Παιδί _____

3ο Παιδί _____

Κοινων. Ασφαλ. Φορέας συζύγου / τέκνων: _____

Έχετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο σε Ασφαλιστική Εταιρία;

Ναι ☐Όχι ☐

Σε ποια/ες εταιρία/ες; _____

Τι είδους ασφάλιση: ☐ έχετε ήδη; ☒ θα σας ενδιέφερε να συζητήσουμε;

- ☐ Υγείας
☐ Εξασφάλισης Οικογένειας
☐ Προστασίας / Αναπλήρωσης Εισοδήματος
☐ Παιδικό Πρόγραμμα Σπουδών / Επαγγελματικής Αποκατάστασης
☐ Σύνταξης
☐ Επένδυσης Κεφαλαίων / Αποταμίευσης

- ☐ Αστικής Ευθύνης
☐ Οχήματος
☐ Κατοικίας
☐ Σκάφους
☐ Επιχείρησης
☐ Άλλο: _____

Προστασία
Περιουσίας

Ποια θα λέγατε ότι είναι τα βασικά μηνιαία έξοδα / έσοδα που έχετε ως οικογενειάρχης;

Μηνιαία
ΈξοδαΠάγια Έξοδα Οικογένειας
(Ενοίκια, έξοδα Παιδιών κ.λπ.) _____Υποχρεώσεις
(Δάνεια, Κάρτες κ.α.) _____

Σύνολο

€

Μηνιαία
ΕισοδήματαΟικογενειακό Εισόδημα
(ιδίου & συζύγου) _____

Εισόδημα από Ενοίκια _____

Άλλες πηγές εισοδήματος _____

Σύνολο

€

ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΑΣ

ΥΓΕΙΑ

- Με ποιο τρόπο θα αντιμετωπίζατε κάποιο πρόβλημα υγείας για εσάς ή την οικογένειά σας που θα απαιτούσε ένα σημαντικό ποσό;

☐ Με χρήση κοινωνικού φορέα ασφάλισης	☐ Με χρήση ομαδικής ασφάλισης
☐ Με διαθέσιμες αποταμιεύσεις	☐ Με άλλο τρόπο
- Θα θέλατε να εξασφαλίσετε καλύτερες συνθήκες νοσηλείας έχοντας πρόσβαση σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σε συνδυασμό με το ταμείο σας; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- Θα επιθυμούσατε να γνωρίζετε τη συμμετοχή σας για κάθε νοσηλεία ή θα σας ενδιέφερε να γνωρίζετε το μέγιστο ετήσιο ποσό κατά το οποίο θα συμμετέχετε στα έξοδα για το σύνολο των νοσηλείων σας που θα πραγματοποιηθούν καταβάλλοντας ένα εύλογο επιπλέον κόστος;

☐ α) συμμετοχή ανά νοσηλεία	☐ β) ετήσια συμμετοχή νοσηλείων
--	--

 Αν απαντήσατε (α): Μέχρι ποιο ύψος θα επιθυμούσατε να φτάσει η συμμετοχή σας ανά νοσηλεία;

☐ 0 €	☐ 750 €	☐ 1.500 €	☐ 3.000 €	☐ 6.000 €
------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

 Αν απαντήσατε (β): Μέχρι ποιο ύψος θα επιθυμούσατε να φτάσει η ετήσια συμμετοχή σας για το σύνολο των νοσηλείων;

☐ 1.500 €	☐ 3.000 €	☐ 6.000 €	☐ 10.000 €
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------
- Θα σας ενδιέφερε πέραν της κάλυψης της Νοσοκομειακής Περίθαλψης με ετήσια συμμετοχή νοσηλείων να λάβει η μητέρα (ως Ασφαλισμένη ή ως εξαρτώμενο μέλος του ασφαλιστηρίου) ένα εφάπαξ ποσό που θα διευκόλυνε στην κάλυψη των εξόδων που θα προέκυπταν από τον ερχομό ενός παιδιού ή/και να έχετε κάλυψη για τα έξοδα που μπορεί να χρειαστούν μετά το νοσοκομείο για την αποκατάσταση της υγείας σας (πχ φροντίδα σε κέντρο αποκατάστασης ή αποθεραπεία στο σπίτι); ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- Θα θέλατε να εξασφαλίσετε μεμονωμένες ή συνδυαστικές λύσεις, ώστε να έχετε κάλυψη:

• Στην περίπτωση έκτακτου συμβάντος της υγείας σας;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
• Πρωτοβάθμιας περίθαλψης (check up, διαγνωστικές εξετάσεις, επισκέψεις σε γιατρούς κτλ);	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
• Για προστασία από τις οικονομικές επιπτώσεις ενός ατυχήματος;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
• Για Νοσοκομειακό και Χειρουργικό Επίδομα σχετικά με τις οικονομικές δαπάνες που μπορεί να προκύψουν σε περίπτωση νοσηλείας, σε οποιοδήποτε νοσοκομείο στην Ελλάδα και στο Εξωτερικό ανεξάρτητα από την συμμετοχή του ταμείου σας ή άλλου ασφαλιστικού φορέα σε αυτές;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
• Αμεσης Ιατρικής Βοήθειας σε περίπτωση ξαφνικής ασθένειας ή ατυχήματος οπουδήποτε κι αν βρίσκεστε;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
• Των έκτακτων οικονομικών αναγκών, σε περίπτωση εμφάνισης κάποιας σοβαρής νόσου;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
• Σε περίπτωση ολικής ανικανότητας για εργασία ή απώλειας ζωής, διασφαλίζοντας τη συνέχιση του προγράμματος Ασφάλισης Υγείας για μεγάλο χρονικό διάστημα;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
• Των πιθανών εξόδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με τη μέριμνα του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- Πιστεύετε ότι τα μέλη της οικογένειάς σας έχουν ανάγκη ασφάλισης υγείας;

ο/η σύζυγος	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	παιδί/παιδιά	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
-------------	---	--------------	---

ΣΥΝΤΑΞΗ

- Με δεδομένες τις αλλαγές στην κοινωνική ασφάλιση (μείωση συντάξεων, αύξηση ορίων ηλικίας) έχετε σκεφτεί πώς θα μπορούσατε να διατηρήσετε το επιθυμητό βιοτικό επίπεδο μετά τη συνταξιοδότησή σας; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- Θα είχατε ανάγκη από ένα επιπλέον ποσό για την οικονομική εξασφάλισή σας πέραν της σύνταξης από το Ταμείο σας; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
 Εκτιμώμενο ποσό σύνταξης από το Ταμείο Ασφάλισής σας _____ €
 Επιθυμητό ποσό συμπληρωματικής μηνιαίας σύνταξης _____ €
 Ηλικία συνταξιοδότησης από το Ταμείο σας _____ ετών
- Επιθυμείτε την εξασφάλιση των αγαπημένων σας με εγγυημένη διάρκεια καταβολής της σύνταξής σας; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- Θα επιθυμούσατε ένας μεγάλος και αξιόπιστος οργανισμός, όπως ο όμιλος της Εθνικής Ασφαλιστικής, να διαχειρίζεται τις αποταμιεύσεις σας, ανάλογα με την οικονομική συγκυρία, στοχεύοντας στην καλύτερη δυνατή απόδοση των χρημάτων σας; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
 Ποσό που επιθυμείτε να διαθέσετε για τη συμπλήρωση της σύνταξης:
☐ εφάπαξ καταβολών _____ € ☐ περιοδικών καταβολών _____ € ☐ με 3% αναπροσαρμογή
 Χρονικός ορίζοντας του προγράμματος επένδυσης _____ έτη

ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ - ΣΠΟΥΔΕΣ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

- Έχετε σκεφτεί πώς η οικογένειά σας θα μπορούσε να εξασφαλίσει το ίδιο βιοτικό επίπεδο σε περίπτωση που σας συμβεί κάτι δυσάρεστο (ανικανότητα για εργασία, απώλεια ζωής) και δεν υπάρχει το σημερινό δικό σας εισόδημα; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- Λαμβάνοντας υπόψη και τα πάγια μηνιαία έξοδα της οικογένειάς σας θεωρείτε ότι θα χρειαστείτε ένα ποσό για την πλήρη κάλυψη των αναγκών της; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- Επιθυμητό ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο σε περίπτωση απώλειας ζωής: _____ €
- Επιθυμητό ασφαλιζόμενο Κεφάλαιο σε περίπτωση ανικανότητας για εργασία: _____ €
- Επιθυμείτε να φροντίσετε για τη δημιουργία ενός κεφαλαίου σπουδών / επαγγελματικής αποκατάστασης των παιδιών σας; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
 Επιθυμητό ασφαλ. κεφάλαιο: 1ο _____ € 2ο _____ € 3ο _____ € 4ο _____ €
 Επιθυμητή ηλικία διάθεσης κεφαλαίου: 1ο _____ ετών 2ο _____ ετών 3ο _____ ετών 4ο _____ ετών

ΕΠΕΝΔΥΣΗ - ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ

- Από το σύνολο του εισοδήματός σας ή των αποταμιεύσεών σας, θα επιθυμούσατε να επενδύσετε ένα κεφάλαιο που δεν έχετε άμεσα ανάγκη, αναλαμβάνοντας κάποιο βαθμό επενδυτικού κινδύνου με την προσδοκία να απολαύσετε καλύτερες αποδόσεις στο μέλλον; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
 Αν ναι, επιθυμείτε να κάνετε περιοδικές / τακτικές καταβολές; ☐ 'Η εφάπαξ καταβολή; ☐
 Επιθυμητό ποσό επένδυσης / αποταμίευσης: _____ €
- Χρονικός ορίζοντας του προγράμματος επένδυσης / αποταμίευσης _____ έτη

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

- Έχετε σκεφτεί τα έξοδα που τυχόν θα προκύψουν για την αποκατάσταση της κατοικίας σας σε περίπτωση μερικής ή ολικής καταστροφής της (π.χ. από κινδύνους πυρκαγιάς, καιρικών φαινομένων, κλοπής κ.λπ.); ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- Επιθυμείτε να ασφαλίσετε την κατοικία σας; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

	Τετραγωνικά Μέτρα	Αξία Περιεχομένου	Ιδιόκτητη	Ενοικιαζόμενη
Κύρια κατοικία	_____ τ.μ.	_____ €	☐	☐
Εξοχική Κατοικία	_____ τ.μ.	_____ €	☐	☐
2η Κατοικία	_____ τ.μ.	_____ €	☐	☐
- Επιθυμείτε ασφάλιση από σεισμό; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΧΗΜΑΤΟΣ - ΣΚΑΦΟΥΣ

- Έχετε δικό σας μέσο μεταφοράς; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

	Μοντέλο	Αριθμ. κυκλοφορίας	Κυβ. Εκατοστά (cc)	Ημερομηνία 1ης κυκλοφορίας	Ημερομηνία λήξης ασφάλισης
Αυτοκίνητο	1ο _____	_____	_____	_____	_____
	2ο _____	_____	_____	_____	_____
	3ο _____	_____	_____	_____	_____
Μοτοσικλέτα	1ο _____	_____	_____	_____	_____
	2ο _____	_____	_____	_____	_____
Σκάφος	Ιπποδύναμη Μηχανής (HP) _____				_____
- Πέραν της υποχρεωτικής ασφάλισης Αστικής Ευθύνης προς τρίτους, θα θέλατε να καλύψετε το όχημά σας και από άλλους κινδύνους (π.χ. καιρικά φαινόμενα, φωτιά, κλοπή); ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- Σας ενδιαφέρει η κάλυψη του σκάφους σας; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

1. Έχετε σκεφτεί τα έξοδα που τυχόν θα προκύψουν για την αποκατάσταση της επιχείρησής σας σε περίπτωση μερικής ή ολικής καταστροφής της (π.χ. από κινδύνους πυρκαγιάς, καιρικών φαινομένων, κλοπής κ.λπ.);

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

2. Επιθυμείτε να ασφαλίσετε την επιχείρησή σας;

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Είδος επιχείρησης		Επωνυμία	Περιοχή
1η	_____	_____	_____
2η	_____	_____	_____
Αξία Κτιρίου		Ετήσιος τζίρος	Αξία Περιεχομένου
1η	_____ €	_____ €	_____ €
2η	_____ €	_____ €	_____ €

Θα θέλατε επιπλέον ασφάλιση από:

☐ Αλλοίωση Εμπορευμάτων
 ☐ Αστική Ευθύνη εργοδότη
 ☐ Απώλεια Κερδών
☐ Αστική Ευθύνη από τη λειτουργία της επιχείρησης
 ☐ Σεισμό

Ομαδική Ασφάλιση Προσωπικού

Μόνιμο ανθρώπινο δυναμικό που απασχολεί η επιχείρησή σας _____ άτομα

Επιθυμείτε επιπλέον ασφάλιση του ανθρώπινου δυναμικού σας;

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Είδος ομαδικής κάλυψης που επιθυμείτε:

☐ Υγεία
 ☐ Σύνταξη / Εφάπαξ
 ☐ Ζωή
 ☐ Ανικανότητα (μερική ή ολική)
 ☐ Απώλεια εισοδήματος
 ☐ Ατύχημα

Τι ποσό θα θέλατε να διαθέσετε ετησίως για την εξασφάλιση των ανθρώπων της επιχείρησής σας; _____ €

ΆΛΛΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Είδος ασφάλισης	Ανάγκη
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ (κατατάξτε από το 1 έως το 9)

☐ Ασφάλιση Υγείας	☐ Ασφάλιση Κατοικίας	Άλλο:
☐ Εξασφάλιση Σύνταξης	☐ Ασφάλιση Οχήματος	
☐ Εξασφάλιση Οικογένειας / Παιδιών	☐ Ασφάλιση Σκάφους	
☐ Επένδυση Κεφαλαίων / Αποταμίευση	☐ Ασφάλιση Επιχείρησης	

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Θα θέλατε να μας συστήσετε τα αγαπημένα σας πρόσωπα που σκέφτεστε ότι ίσως θα μπορούσαμε να βοηθήσουμε μιλώντας μαζί τους;

Για ανάλυση αναγκών / ενημέρωση		Για συνεργασία	
Ονοματεπώνυμο	Τηλ. Επικοινωνίας	Ονοματεπώνυμο	Τηλ. Επικοινωνίας
1 _____	_____	1 _____	_____
2 _____	_____	2 _____	_____
3 _____	_____	3 _____	_____
4 _____	_____	4 _____	_____

Δηλώνω υπεύθυνα ότι,

Τα ανωτέρω δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα είναι ορθά, πλήρη και ακριβή και γνωρίζω ότι σε αυτά βασίζεται ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής προκειμένου να διευκρινίσει τις απαιτήσεις και ανάγκες μου και να μου προτείνει το ασφαλιστικό προϊόν που ανταποκρίνεται πληρέστερα σε αυτές. Στα πλαίσια αυτά, ως προβλέπεται και στη νομοθεσία για τη διανομή των ασφαλιστικών προϊόντων επιθυμώ να λαμβάνω από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» συμβουλές ασφάλισης, που στηρίζονται στις πιο πάνω αναφερόμενες ασφαλιστικές μου ανάγκες.

Ενημερώθηκα ότι ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής υπό την ιδιότητά του ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών ασφαλιστικής διαμεσολάβησης συμμορφούμενος πλήρως με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Δεδομένων (Ε.Ε.) 2016/679 και τη σχετική με αυτόν ελληνική νομοθεσία θα επεξεργάζεται τα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα, των οποίων αποδέκτες μπορεί να είναι συνεργαζόμενοι ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές, η ασφαλιστική εταιρεία και τυχόν εταιρείες του Ομίλου στον οποίο ανήκει, με βάση την **αδιαμφισβήτητη συγκατάθεση** που θα χορηγήσω στο παρόν στάδιο μέσω του παρόντος εντύπου. Περαιτέρω ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας και εναντίωσης σχετικά με τα δεδομένα μου που αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας, καθώς και ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή. Ωστόσο, η ανάκληση της συγκατάθεσής μου όπως και η άσκηση του δικαιώματος εναντίωσης στην επεξεργασία των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα, δεν επηρεάζει την τυχόν επεξεργασία που έχει ήδη πραγματοποιηθεί μέχρι την στιγμή αυτή. Ενημερώθηκα ότι πιο αναλυτική ενημέρωση για τα δικαιώματά μου, μπορώ να βρω στην ιστοσελίδα www.ethnikiasfalistiki.gr, στην ενότητα Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Περαιτέρω ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας, φορητότητας και εναντίωσης σχετικά με τα δεδομένα μου που αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας, καθώς και ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή. Ωστόσο, η ανάκληση της συγκατάθεσής μου όπως και η άσκηση του δικαιώματος εναντίωσης στην επεξεργασία των δεδομένων μου προσωπικού χαρακτήρα, δεν επηρεάζει την τυχόν επεξεργασία που έχει ήδη πραγματοποιηθεί μέχρι την στιγμή αυτή. Ενημερώθηκα ότι πιο αναλυτική ενημέρωση για τα δικαιώματά μου, μπορώ να βρω στην ιστοσελίδα www.ethnikiasfalistiki.gr, στην ενότητα Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

☐ ΠΑΡΕΧΩ ☐ ΔΕΝ ΠΑΡΕΧΩ

Παρακαλούμε όπως λάβετε υπόψιν ότι, η επεξεργασία των δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα είναι απαραίτητη στο παρόν στάδιο, τυχόν δε άρνησή σας για παροχή συγκατάθεσης για την επεξεργασία των δεδομένων σας προσωπικού χαρακτήρα, πληροφοριών, στοιχείων ή εγγράφων που απαιτούνται στο στάδιο αυτό, παρέχει στην Ασφαλιστική Εταιρεία το δικαίωμα άρνησης εξέτασης του αιτήματός σας για τη σύναψη ασφαλιστικής σύμβασης, καθώς η Ασφαλιστική Εταιρεία δεν θα έχει τη δυνατότητα:

- i) να εκτιμήσει τον κίνδυνο στο πλαίσιο της σύναψης της ασφαλιστικής σύμβασης και να καθορίσει τους γενικούς και ειδικούς όρους αυτής και το ανάλογο ασφάλιστρο και
- ii) να εκπληρώσει οποιαδήποτε υποχρέωσή της από την ασφαλιστική σύμβαση, καθ' όλη τη διάρκεια ισχύος της ή και μετά τη λήξη αυτής.

Ειδική Δήλωση Συγκατάθεσης για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα για εμπορικούς / προωθητικούς/ ερευνητικούς σκοπούς: Ενημερώθηκα ρητώς, ότι υπό την προϋπόθεση της κατωτέρω ειδικής ρητής συγκαταθέσεώς μου τα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα η Α.Ε.Ε.Γ.Α. Η ΕΘΝΙΚΗ θα συλλέγει, αποθηκεύει και επεξεργάζεται για τη διενέργεια στοχευμένων δραστηριοτήτων marketing ή εμπορικής προώθησης προϊόντων της ή για σκοπούς έρευνας σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εκ μέρους της. Για την επίτευξη του ως άνω σκοπού ενδέχεται να διαβιβαστούν δεδομένα μου σε συνεργαζόμενες εταιρίες ερευνών και εταιρίες προωθητικών ενεργειών. Ενημερώθηκα ότι έχω δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα ειδική συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή ή να εναντιωθώ στην επεξεργασία των δεδομένων μου μέσω της αποστολής σχετικού αιτήματος στην Εταιρία ως ορίζεται ανωτέρω.

Ο Συμβαλλόμενος: ☐ ΣΥΓΚΑΤΑΤΙΘΕΜΑΙ ☐ ΔΕΝ ΣΥΓΚΑΤΑΤΙΘΕΜΑΙ

ΠΕΛΑΤΗΣ

(Ονοματεπώνυμο)

Υπογραφή

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗΣ

(Ονοματεπώνυμο)

Υπογραφή

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΠΕΛΑΤΗ

ΠΡΟΣ ΤΟΝ/ΤΗΝ Κ.: _____ ΤΟΥ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

Η ΠΡΟΤΑΣΗ ΜΑΣ Για την κάλυψη των παραπάνω προτεραιοτήτων, προβήκαμε στις σχετικές μελέτες ασφάλισης και είμαστε σε θέση να σας υποβάλλουμε συνημμένα τις ακόλουθες προσφορές:

Η ΜΕΛΕΤΗ ΜΑΣ

Για την ασφάλιση _____	Ετήσιο Κόστος
Επισυνάπτεται η προσφορά Νο _____ που αφορά _____	€ _____
Επισυνάπτεται η προσφορά Νο _____ που αφορά _____	€ _____
Επισυνάπτεται η προσφορά Νο _____ που αφορά _____	€ _____
Επισυνάπτεται η προσφορά Νο _____ που αφορά _____	€ _____

Για την ασφάλιση _____	Ετήσιο Κόστος
Επισυνάπτεται η προσφορά Νο _____ που αφορά _____	€ _____
Επισυνάπτεται η προσφορά Νο _____ που αφορά _____	€ _____
Επισυνάπτεται η προσφορά Νο _____ που αφορά _____	€ _____
Επισυνάπτεται η προσφορά Νο _____ που αφορά _____	€ _____

Για την ασφάλιση _____	Ετήσιο Κόστος
Επισυνάπτεται η προσφορά Νο _____ που αφορά _____	€ _____
Επισυνάπτεται η προσφορά Νο _____ που αφορά _____	€ _____
Επισυνάπτεται η προσφορά Νο _____ που αφορά _____	€ _____
Επισυνάπτεται η προσφορά Νο _____ που αφορά _____	€ _____

Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΜΕΝΗ ΠΡΟΤΑΣΗ ΜΑΣ

Με βάση την αξιολόγηση των ασφαλιστικών σας αναγκών, τις μελέτες ασφάλισης και την κατά τη γνώμη μας, καταλληλότερη, επιλογή ασφαλιστικής κάλυψης σας προτείνουμε:

Για την ασφάλιση _____	_____	_____
την προσφορά Νο _____	για την ασφάλιση	για τους εξής λόγους

Για την ασφάλιση _____	_____	_____
την προσφορά Νο _____	για την ασφάλιση	για τους εξής λόγους

Για την ασφάλιση _____	_____	_____
την προσφορά Νο _____	για την ασφάλιση	για τους εξής λόγους

ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΛΑΤΗ

☐ Δηλώνω ότι παρέλαβα σε έντυπη μορφή

α) την εξατομικευμένη σύσταση του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή με την οποία αιτιολογεί το/τα ασφαλιστικό/ά προϊόν/προϊόντα που ανταποκρίνεται/ονται πληρέστερα στις απαιτήσεις και στις ανάγκες μου και

β) όλες τις προβλεπόμενες από τη νομοθεσία προσυμβατικές πληροφορίες για το /τα ανωτέρω ασφαλιστικό/ά προϊόν/προϊόντα

ή

☐ Δηλώνω ότι επιθυμώ να λάβω

α) την εξατομικευμένη σύσταση του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή με την οποία αιτιολογεί το/τα ασφαλιστικό/ά προϊόν/προϊόντα που ανταποκρίνεται/ονται πληρέστερα στις απαιτήσεις και στις ανάγκες μου και

β) όλες τις προβλεπόμενες από τη νομοθεσία προσυμβατικές πληροφορίες για το /τα ανωτέρω ασφαλιστικό/ά προϊόν/προϊόντα μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail) στη δηλωθείσα ηλεκτρονική διεύθυνσή μου

ΠΕΛΑΤΗΣ

(Ονοματεπώνυμο)

Υπογραφή

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗΣ

(Ονοματεπώνυμο)

Υπογραφή