

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ & ΥΓΕΙΑΣ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Επώνυμο ή Επωνυμία Εταιρίας.....
Όνομα..... Πατρώνυμο..... Επάγγελμα.....
Ημερομηνία Γέννησης.....
Διεύθυνση Αλληλογραφίας.....
Πόλη / Περιοχή..... Τ.Κ..... Α.Φ.Μ..... Δ.Ο.Υ.....
Τηλ. Οικίας..... Τηλ. Εργασίας..... Κινητό Τηλ.....
e-mail.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

(Συμπληρώνεται αν είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον λήπτη της ασφάλισης)

Επώνυμο ή Επωνυμία Εταιρίας.....
Όνομα..... Πατρώνυμο..... Επάγγελμα.....
Ημερομηνία Γέννησης.....
Διεύθυνση Αλληλογραφίας.....
Πόλη / Περιοχή..... Τ.Κ..... Α.Φ.Μ..... Δ.Ο.Υ.....
Τηλ. Οικίας..... Τηλ. Εργασίας..... Κινητό Τηλ.....
e-mail.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

1° Μέλος	Όνομα..... Επώνυμο Πατρώνυμο..... Επάγγελμα..... ΑΜΚΑ Ημερομηνία Γέννησης..... Σχέση με τον κυρίως ασφαλισμένο
2° Μέλος	Όνομα..... Επώνυμο Πατρώνυμο..... Επάγγελμα..... ΑΜΚΑ Ημερομηνία Γέννησης..... Σχέση με τον κυρίως ασφαλισμένο
3° Μέλος	Όνομα..... Επώνυμο Πατρώνυμο..... Επάγγελμα..... ΑΜΚΑ Ημερομηνία Γέννησης..... Σχέση με τον κυρίως ασφαλισμένο
4° Μέλος	Όνομα..... Επώνυμο Πατρώνυμο..... Επάγγελμα..... ΑΜΚΑ Ημερομηνία Γέννησης..... Σχέση με τον κυρίως ασφαλισμένο

**ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ**

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
Τα προς ασφάλιση άτομα λαμβάνουν ή λάμβαναν στο παρελθόν κάποια φαρμακευτική αγωγή; Αν ναι, ποια?		
Τα προς ασφάλιση άτομα έχουν νοσηλευθεί στο παρελθόν για οποιαδήποτε αιτία;		
Τα προς ασφάλιση άτομα έχουν χειρουργηθεί για οποιαδήποτε αιτία; Αν ναι, ποια?		
Τα προς ασφάλιση άτομα έχουν υποβληθεί σε εξετάσεις με αποτελέσματα εκτός φυσιολογικών ορίων;		
Τα προς ασφάλιση άτομα πάσχουν από κάποια ασθένεια και ποιά;		
Ποιο είναι το ύψος και το βάρος των προς ασφάλιση ατόμων?		
Πρόκειται ή ενδέχεται να αλλάξετε χώρα μόνιμης διαμονής? Αν ναι, εκτός Ευρώπης?		
Σας ενδιαφέρει η κάλυψη του τοκετού ή των επιπλοκών του;		

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Με βάση του προϋπολογισμού σας ποιο είναι το επιθυμητό ετήσιο ποσό ασφαλιστρών που μπορείτε καταβάλετε;

Είδος ασφάλισης	Ποσό σε €
Ασφάλιση Υγείας	
Ασφάλιση Ζωής	
Ασφάλιση Ανικανότητας	
Ασφάλιση απώλειας εισοδήματος	
Ασφάλιση αποταμίευσης ή επένδυσης	
Ασφάλιση παιδικής αποταμίευσης	

2. Υπάρχουν άλλα ασφαλιστήρια σε ισχύ για τον ίδιο κίνδυνο;

Αν ναι συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα :

Επωνυμία ασφαλιστικής επιχείρησης	
Ποσό	
Είδος ασφάλισης – κάλυψης	

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

1. Πιο είναι το κατώτατο επιθυμητό ετήσιο όριο κάλυψης νοσοκομειακών εξόδων;	
2. Μπορείτε να συμμετέχετε στο κόστος μιας νοσηλείας με κάποιο ποσό (πχ. 750, 1500, 2000,00 ευρώ ή με ποσοστό επί των εξόδων) ή ενδέχεται να μην είσαστε σε θέση να το εξασφαλίσετε οποιαδήποτε στιγμή χρειαστεί? Αν ναι, μέχρι τι ποσό μπορείτε να πληρώνετε?	
3. Ποια θέση νοσηλείας επιθυμείτε;	
4. α) Επιθυμείτε να καλύπτεστε για νοσηλεία στο εξωτερικό; β) Εάν ναι, ταξιδεύετε ή διαμένετε συχνά ώστε να χρειάζεστε κάλυψη με ασφαλιστήριο πρόγραμμα που να καλύπτει ως επί το πλείστον στο εξωτερικό και σε ποιες χώρες; γ) Επιθυμείτε κάλυψη έξω-νοσοκομειακών εξόδων στο εξωτερικό;	
5. α) Επιθυμείτε κάλυψη εξόδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης; β) Εάν ναι, προτιμάτε να κάνετε χρήση γιατρών και διαγνωστικών κέντρων της επιλογής σας ή ενός συγκεκριμένου δικτύου;	
6. α) Έχετε κάποιο δημόσιο φορέα ασφάλισης β) Είστε ασφαλισμένος μέσω ομαδικής ασφάλισης;	

**ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ -ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ: ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

7. Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα που θα στερηθεί η οικογένειά σας, αν εσείς δεν είσατε σε θέση να εργαστείτε για κάποιο χρονικό διάστημα λόγω ασθένειας ή ατυχήματος;	
8. Για πόσο χρονικό διάστημα μπορεί η οικογένειά σας να αναπληρώσει αυτή την απώλεια;	
9. Αν έχετε παιδιά, πόσα χρόνια ακόμη έχουν απόλυτη ανάγκη την οικονομική σας στήριξη	
10. Έχετε οικονομικά «ανοίγματα»? Αν ναι, για ποια ποσά και πόσα χρόνια;	
11. Ποιο είναι το επιθυμητό κεφάλαιο ασφάλισης ζωής	

ΣΥΝΤΑΞΗ – ΕΠΕΝΔΥΣΗ – ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ

Γνωρίζοντας ότι όσο πιο νωρίς θέλετε να συνταξιοδοτηθείτε και όσο πιο μεγάλη σύνταξη θέλετε να εξασφαλίσετε, τόσο υψηλότερο ασφάλιστρο θα πληρώνετε (ανταποδοτικό σύστημα):

1. Σε ποια ηλικία θέλετε να λάβετε τα χρήματα της αποταμίευσης σας;

2. Τι ποσό σύνταξης ή εφάπαξ ποσού θα θέλατε να λάβετε;

3. Θα θέλατε να τοποθετήσετε τα χρήματα σας σε πρόγραμμα εγγυημένης απόδοσης ή σε επενδυτικό πρόγραμμα;

4. Γνωρίζετε ότι τα επενδυτικά προγράμματα αν και υπόσχονται μεγαλύτερες αποδόσεις, εμπεριέχουν κίνδυνο απώλειας του κεφαλαίου;

ΝΑΙ ή ΟΧΙ ;

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ

Ημερομηνία

Ο ΠΕΛΑΤΗΣ
(Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή)

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗΣ
(Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή)

**Το παρακάτω συμπληρώνεται σε περίπτωση που προχωρήσουμε σε ασφάλιση**

Έγινε έρευνα στις ασφαλιστικές εταιρείες:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Και επέλεξα την προσφορά της Ασφαλιστικής εταιρείας

Λοιπές παρατηρήσεις- Ιδιαιτερότητες:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η υπογράφ.....

Δηλώνω ότι :

- Σας γνωστοποιώ τα προσωπικά μου στοιχεία με σκοπό την έρευνα της ασφαλιστικής αγοράς για τη συλλογή ενδεικτικών ασφαλιστικών προτάσεων – προσφορών και την παροχή της ασφαλιστικής μου κάλυψης, σύμφωνα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες που σας έχω δηλώσει. Οι σχετικές προσφορές δεν αποτελούν ασφαλιστήριο συμβόλαιο και δεν δεσμεύουν την Ασφαλιστική Εταιρεία ως προς την αποδοχή της αίτησης. Το τελικό κόστος και το ύψος των ασφαλισμένων κεφαλαίων και καλύψεων, θα διαμορφωθούν με την οριστική έκδοση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.
- Ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής έλαβε υπόψη του τις ασφαλιστικές μου ανάγκες καθώς και τις οικονομικές μου δυνατότητες.
- Παρέλαβα σε φυσική ή ηλεκτρονική μορφή συγκεκριμένα ενημερωτικά έντυπα, διαφορετικά από τυχόν διαφημιστικά ή ενημερωτικά έντυπα των Εταιριών, ήτοι ξεχωριστά ως σώμα, διαφορετικού χρώματος, τα σχετικά έντυπα που αφορούν την υποχρεωτική εκ του άρθρου 11 Π.Δ. 190/2006 ενημέρωση από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σας.
- Ενημερώθηκα πλήρως για τις καλύψεις, τις παροχές, τους γενικούς και ειδικούς όρους, τις εξαιρέσεις, τις συνέπειες της πρόωρης διακοπής ή ακύρωσης ή εξαγοράς, τα δικαιώματα εναντίωσης, υπαναχώρησης και καταγγελίας του ασφαλιστηρίου συμβολαίου που επέλεξα καθώς και για τις συνέπειες της μη έγκυρης καταβολής ασφαλίσεων.
- Ενημερώθηκα από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή μου για τις Ασφαλιστικές Εταιρείες με τις οποίες συνεργάζεται, είτε με απευθείας σύμβαση, είτε μέσω άλλων Ασφαλιστικών Διαμεσολαβητών, ήτοι Μεσίτες Ασφαλίσεων.

Ημερομηνία

Ο ΠΕΛΑΤΗΣ
(Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή)Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗΣ
(Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή)