

I.C. INSURANCE BROKERS

Κουϊδουρμάζη Ιωάννα Μεσίτες Ασφαλίσεων Α.Ε.

Έντυπο Αναγκών

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 ως εκ τούτου παρακαλούμε να μας βοηθήσετε να συμπληρώσουμε το παρακάτω ερωτηματολόγιο.

Προσωπικά Στοιχεία

Ονοματεπώνυμο:

Διεύθυνση: _____

Ημερομηνία Γέννησης: _____ Α.Φ.Μ: _____

Επάγγελμα:

Κοινωνικό Ταμείο:

Οικογενειακή Κατάσταση:

☐ Άγαμος/η

☐ Έγγαμος/η

☐ Διαζευγμένος/η

☐ Χήρος/α

Έχετε παιδιά?

☐ Ναι

☐ Όχι

Ημερομηνίες Γέννησης Παιδιών: _____

Στοιχεία Επικοινωνίας

Διεύθυνση:

Σταθερό Τηλ:

Κινητό Τηλ:

Email:

I.C. INSURANCE BROKERS

Κουϊδουρμάζη Ιωάννα Μεσίτες Ασφαλίσεων Α.Ε.

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ

- Σε τι ποσό αντιστοιχούν οι Οικονομικές Υποχρεώσεις της οικογένειάς σας;
- Ετήσιο Κόστος Διαβίωσης:
(ενοίκιο, λογ/σμοί, τρόφιμα, διασκέδαση κλπ) _____ € x _____ έτη = _____ €
- Υπόλοιπο Δανείων:
(μέχρι την πλήρη αποπληρωμή τους) _____ €
- Μελλοντικές Κεφαλαιακές Ανάγκες:
(έξοδα σπουδών, αποκατάσταση παιδιών κλπ) _____ €
- Άλλα χρέη: _____ €

ΣΥΝΟΛΟ : _____ €

- Ετήσιο Εισόδημα οικογένειας
(μισθός συζύγου, σύνταξη, ενοίκια κλπ) _____ € x _____ έτη = _____ €
- Αποταμιεύσεις & Επενδύσεις _____ €
- Υπάρχουσα Ασφάλεια Ζωής _____ €
- Άλλα κεφάλαια: _____ €

ΣΥΝΟΛΟ : _____ €

3) Συνολικές Υποχρεώσεις - Συνολικά Διαθέσιμα Κεφάλαια = Απαιτούμενο Κεφάλαιο Ασφάλισης Ζωής
_____ - _____ = _____ €

I.C. INSURANCE BROKERS

Κουϊδουρμάζη Ιωάννα Μεσίτες Ασφαλίσεων Α.Ε.

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

1) Υπάρχει άτομο στην οικογένειά σας που δεν έχει κοινωνική ασφάλιση υγείας;

☐

Ναι

☐

Όχι

2) Συνηθίζετε να κάνετε χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας;

☐

Καθόλου

☐

Ελάχιστα

☐

Συχνά

☐

Πολύ Συχνά

3) Συμμετέχετε σε κάποιο ομαδικό συμβόλαιο Υγείας;

☐

Ναι

☐

Όχι

4) Ποια έξοδα περίθαλψής σας αγχώνουν πιο πολύ;

• Ιατρικές Επισκέψεις

☐

• Διαγνωστικές Εξετάσεις

☐

• Νοσηλεία / Χειρουργείο

☐

• Σοβαρές Ασθένειες

☐

I.C. INSURANCE BROKERS

Κουϊδουρμάζη Ιωάννα Μεσίτες Ασφαλίσεων Α.Ε.

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Ακίνητο 1^ο

1) Το ακίνητο είναι η μόνιμη κατοικία ;

☐

Ναι

☐

Όχι

2) Είναι ιδιόκτητη ;

☐

Ναι

☐

Όχι

3) Εμβαδόν: _____ τ.μ.

4) Έτος κατασκευής: _____

5) Θα σας ενδιέφερε να ασφαλίσετε:

☐

Κτίριο

☐

Περιεχόμενο

☐

Κτίριο & Περιεχόμενο

Ακίνητο 2^ο

1) Το ακίνητο είναι η μόνιμη κατοικία ;

☐

Ναι

☐

Όχι

2) Είναι ιδιόκτητη ;

☐

Ναι

☐

Όχι

3) Εμβαδόν: _____ τ.μ.

4) Έτος κατασκευής: _____

5) Θα σας ενδιέφερε να ασφαλίσετε:

☐

Κτίριο

☐

Περιεχόμενο

☐

Κτίριο & Περιεχόμενο

I.C. INSURANCE BROKERS

Κουϊδουρμάζη Ιωάννα Μεσίτες Ασφαλίσεων Α.Ε.

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ

Αυτοκίνητο 1ο

Μάρκα – Μοντέλο _____

Έτος Κατασκευής _____

Φορολογήσιμοι Ίπποι _____

Εμπορική Αξία _____ €

Οδηγός (Νέος με δίπλωμα μικρότερο από 5 χρόνια ή κάτω των 23 ετών)

☐

Ναι

☐

Όχι

Υπάρχουν κάποιες καλύψεις εκτός των υποχρεωτικών που θα επιθυμούσατε να προστεθούν?

☐

Ναι

☐

Όχι

Εάν ναι ποιες είναι αυτές? _____

Αυτοκίνητο 2ο

Μάρκα – Μοντέλο _____

Έτος Κατασκευής _____

Φορολογήσιμοι Ίπποι _____

Εμπορική Αξία _____ €

Οδηγός (Νέος με δίπλωμα μικρότερο από 5 χρόνια ή κάτω των 23 ετών)

☐

Ναι

☐

Όχι

Υπάρχουν κάποιες καλύψεις εκτός των υποχρεωτικών που θα επιθυμούσατε να προστεθούν?

☐

Ναι

☐

Όχι

Εάν ναι ποιες είναι αυτές? _____

I.C. INSURANCE BROKERS

Κουϊδουρμάζη Ιωάννα Μεσίτες Ασφαλίσεων Α.Ε.

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Στοιχεία Επιχείρησης _____

Ημερομηνία Ανανέωσης _____

Είδος Επιχείρησης _____

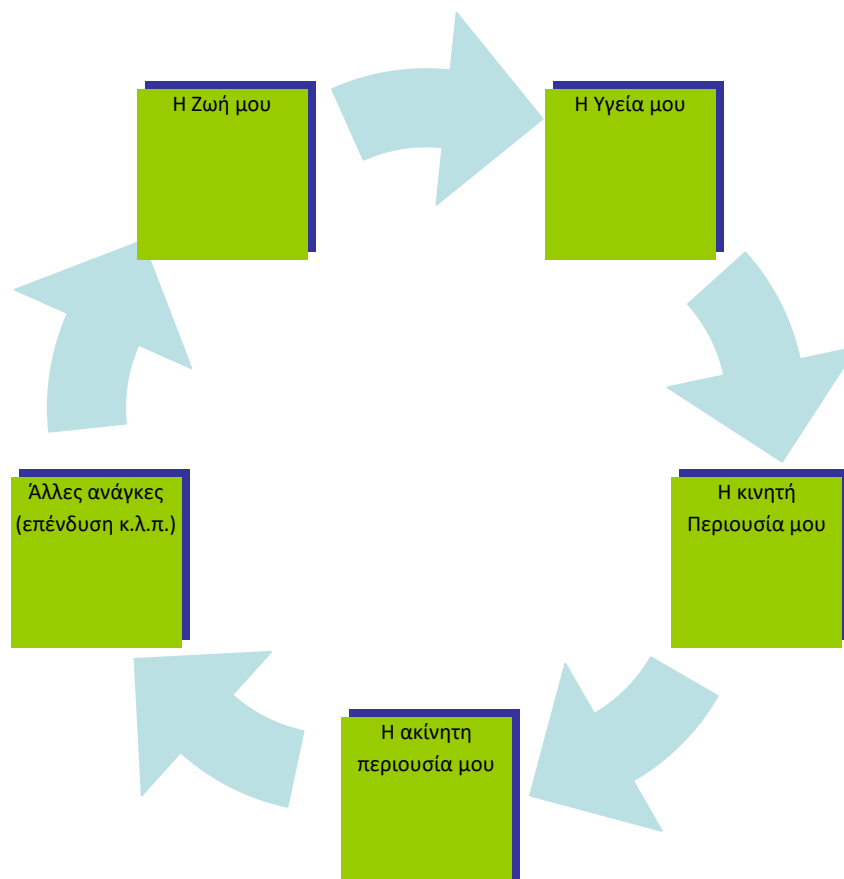
Περιγραφή Οικήματος _____

Τ.μ. _____ Έτος κτίσης _____

Αξία Κτιρίου _____ € Αξία Περιεχομένου _____ €

Οι Προτεραιότητές σας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟ 1 ΕΩΣ ΤΟ 5



I.C. INSURANCE BROKERS

Κουϊδουρμάζη Ιωάννα Μεσίτες Ασφαλίσεων Α.Ε.

ΔΗΛΩΣΗ

Η "I.C. INSURANCE" - ΙΩΑΝΝΑ ΚΟΥΪΔΟΥΡΜΑΖΗ ΜΕΣΙΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ Α.Ε., ως ασφαλιστικός σας διαμεσολαβητής δηλώνω ότι η συλλογή των προσωπικών σας δεδομένων που περιλαμβάνονται στο παρόν ενημερωτικό έντυπο αναγκών σας και η ακόλουθη επεξεργασία αυτών που θα λάβει χώρα από εμένα αποσκοπεί στην εκπλήρωση της εκ του άρθρου 11 παρ. 3 του π.δ. 190/2006 υποχρέωσής μου να διευκρινίσω τις ασφαλιστικές σας απαιτήσεις και ανάγκες βάσει των πληροφοριών που μου παρέχετε ώστε να προσδιορίσω τους λόγους στους οποίους βασίζονται οι ασφαλιστικές συμβουλές που θα σας παράσχω πριν από την σύναψη οποιασδήποτε ασφαλιστικής σύμβασης. Τα προσωπικά σας δεδομένα θα καταστούν γνωστά σε εμένα καθώς και στην ασφαλιστική εταιρεία προς την οποία θα υποβάλλετε πρόταση ασφάλισης με την διαμεσολάβησή μου, οι δημόσιες υπηρεσίες, δικαστικές αρχές και τρίτοι βάσει επιταγών νόμου, δικαστικών αποφάσεων και για την προάσπιση των εννόμων συμφερόντων μου.

Έχετε δικαίωμα να γνωρίζετε εάν τα προσωπικά σας δεδομένα αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας καθώς και να προβάλλετε οιοδήποτε 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 στις διευθύνσεις Αμαρυσίας Αρτέμιδος 4, Μαρούσι Αθήνα τηλ. 2106109921, Γεωργίου Παπανδρέου 1, Θεσσαλονίκη τηλ. 2310860910.

Ο υποψήφιος προς ασφάλιση δηλώνει ότι οι τα στοιχεία που παρατίθενται ανωτέρω αφορούν τις ασφαλιστικές του ανάγκες στον κλάδο καθώς και ότι παραπάνω απαντήσεις είναι αληθείς, ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα ότι δεν έχει συγκαλύψει/ αποσιωπήσει ή διατυπώσει εσφαλμένα οποιοδήποτε ουσιώδες στοιχείο που θα βοηθήσει τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή να διευκρινίσει τις ασφαλιστικές του απαιτήσεις και ανάγκες. Επίσης αναγνωρίζει ότι η ελλιπής ή ανακριβής καταγραφή των ως άνω στοιχείων του παρόντος εντύπου μπορεί να επηρεάσει τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή στην εκτίμηση των ασφαλιστικών του αναγκών. Το παρόν Έντυπο Αναγκών Πελάτη δεόντως συμπληρωμένο, μαζί με κάθε συμπληρωματική πληροφορία πρέπει απαραίτητα να υπογραφεί από τον υποψήφιο προς ασφάλιση πελάτη.

Η υπογραφή στο Έντυπο Αναγκών Πελάτη δεν δεσμεύει τον υποψήφιο προς ασφάλιση πελάτη ή την Ασφαλιστική Εταιρία να συνάψουν την Ασφαλιστική Σύμβαση πριν την υπογραφή της αίτησης/πρότασης ασφάλισης.

Η Ασφαλιστική Εταιρία σε καμία περίπτωση δεν αναλαμβάνει την υποχρέωση να αποδεχθεί την αίτηση/πρόταση ασφάλισης όταν αυτή υποβληθεί από τον πελάτη και δεν θα προχωρήσει στην ανάληψη του κινδύνου πριν την εξέταση της αίτησης ασφάλισης και τον έλεγχο της συνδρομής των απαιτούμενων στοιχείων.

Ημερομηνία/...../.....

Υποψήφιος για Ασφάλιση

Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής

I.C. INSURANCE BROKERS

Κουϊδουρμάζη Ιωάννα Μεσίτες Ασφαλίσεων Α.Ε.

Αμαρυσίας Αρτέμιδος 4 – Κηφισίας,

15124 Μαρούσι Αθήνα

Τηλ. 210-6109921

Fax 210-6109922

Γεωργίου Παπανδρέου 1

54645 Θεσσαλονίκη

Τηλ. 2310860910

Fax 2310869390

Site : www.credit.com.gr

e-mail : info@credit.com.gr