# εντυπο αναγκων

Κωδ. Πελάτη : #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_!

Ετήσια Επίσκεψη | Επανεκτίμηση Αξιών  1η Επίσκεψη | Καταγραφή Αναγκών



# ÎÏÎ¿ÏÎ­Î»ÎµÏÎ¼Î± ÎµÎ¹ÎºÏÎ½Î±Ï Î³Î¹Î± health clipart

# Î£ÏÎµÏÎ¹ÎºÎ® ÎµÎ¹ÎºÏÎ½Î±ÎÏÎ¿ÏÎ­Î»ÎµÏÎ¼Î± ÎµÎ¹ÎºÏÎ½Î±Ï Î³Î¹Î± company clipart black and whiteÎÏÎ¿ÏÎ­Î»ÎµÏÎ¼Î± ÎµÎ¹ÎºÏÎ½Î±Ï Î³Î¹Î± business clipart black and whiteÎÏÎ¿ÏÎ­Î»ÎµÏÎ¼Î± ÎµÎ¹ÎºÏÎ½Î±Ï Î³Î¹Î± stock market clipart black and whiteÎ£ÏÎµÏÎ¹ÎºÎ® ÎµÎ¹ÎºÏÎ½Î±Î£ÏÎµÏÎ¹ÎºÎ® ÎµÎ¹ÎºÏÎ½Î±ÎÏÎ¿ÏÎ­Î»ÎµÏÎ¼Î± ÎµÎ¹ÎºÏÎ½Î±Ï Î³Î¹Î± auto clipart black and white

# Οικογενεια : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ (Σύμφωνα με το Άρθρο 11 Π.Δ. 190/2006)

Προσωπικά Στοιχεία Πελάτη

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: |  | | | | | | | |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  | | | | | | | |
| Οικογενειακή Κατάσταση: | Άγαμος |  | Έγγαμος |  | Διαζευγμένος |  | Άλλο |  |
| Παιδιά | Ναι |  | Όχι |  | Αριθμός |  |  | |
| Σύζυγος: |  | | | | **Συμβαλλόμενος:** | |  | |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  | | | | Δικαιούχοι Σήμερα: | |  | |
| Παιδί 1: |  | | | | Παιδί 3: | |  | |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  | | | | Ημερομηνία Γέννησης: | |  | |
| Παιδί 2: |  | | | | Παιδί 4: | |  | |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  | | | | Ημερομηνία Γέννησης: | |  | |

Διεύθυνση Κατοικίας

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Στοιχεία Αλληλογραφίας / Επικοινωνίας | Έγκριση Επικοινωνίας | | | | | | | Ναι | Όχι | |
| Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, ΤΚ, Περιοχή): |  | | | | | | |  |  | |
| Τηλέφωνο Σταθερό: |  | | | | | | |  |  | |
| Κινητό: |  | | | | | | |  |  | |
| Email: |  | | | | | | |  |  | |
| Προσωπική Ιστοσελίδα: | ---- | | | | | | | | | |
| Κατοικία Ιδιόκτητη: | Ναι |  | Όχι |  | Εξοχική |  | Air Bnb/Booking | | |  |

Στοιχεία Επαγγέλματος

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επάγγελμα: |  | | | | | | | ΕΤΑΙΡΙΑ (ΣΦΡΑΓΙΔΑ) | | | |
| Θέση: |  | | | | | | | Α. ΔΙΑΜΑΝΤΑΚΟΣ & ΥΙΟΣ ΑΕ | |  | |
| Τηλέφωνο Εταιρίας: |  | | | | | | |  | |
| E-mail Εταιρίας: |  | | | | | | |  | |
| Σελίδα Web Εταιρίας: |  | | | | | | |
| Ταμείο Ασφάλισης: | Ασφαλισμένος | | | |  | Σύζυγος | |  | Εξαρτώμενα μέλη | |  |
| Ομαδική Ασφάλιση\*: | Ναι |  | Όχι |  | | | Κεφάλαιο Κάλυψης Υγείας |  | | | |
|  | | | | | | | **Ασφαλιστική Εταιρία:** |  | | | |

**Σημείωση\***: Αν υπάρχει ασφαλιστήριο συμβόλαιο Ομαδικής Ασφάλισης, παρακαλώ επισυνάψτε αντίγραφο.

Στοιχεία Εισοδήματος (έσοδα – έξοδα): (Να συμπληρωθούν τα άληκτα κεφάλαια σήμερα)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Μηνιαία Έσοδα: | 2018 | Μηναία Έσοδα Συζύγου: |  |
| Από Εργασία: |  | Από Άλλη Πηγή: |  |
| Μηνιαία Έξοδα: |  | Πάγια Έξοδα Οικογένειας: |  |
| Δόση Στεγαστικού: |  | Κεφάλαιο Στεγαστικού: |  |
| Δόση Λοιπών Δανείων: |  | Κεφάλαιο Λοιπών Δανείων: |  |
| Ψυχαγωγία / Hobbies: |  | Αποταμίευση: |  |
| Σύνολο Εσόδων: |  | **Σύνολο Εξόδων:** |  |

*Τζίρος*

*Αν επιθυμείτε κάλυψη για τα παραπάνω ποσά από (Επιλέξτε με*  *στο αντίστοιχο* **):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ατύχημα | Ασθένεια | Απώλεια Ζωής |
|  |  |  |

*Από ποια ημέρα απουσίας από την εργασία σας και μέχρι πόσο καιρό (σημειώστε):*

|  |  |
| --- | --- |
| Από την … Ημέρα | Για Διάρκεια Κάλυψης: |
| (π.χ. 1η, 8η, 15η, 30η ) | 2, 5, 10, 15, 20 έτη, Άλλο |
|  |  |

Ιεράρχηση Προσωπικών Ασφαλιστικών Αναγκών

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Από τις πιο κάτω αναγραφόμενες ασφαλιστικές ανάγκες, σημειώστε εκείνες που σας ενδιαφέρουν : | Ναι | Όχι | Υπάρχουσα Κάλυψη: | Επιθυμητή Κάλυψη: |
| Οικονομική Προστασία της Οικογένειας σας σε περίπτωση Θανάτου μέχρι την Ενηλικίωση των Παιδιών (προτείνεται) ή άλλη. |  |  |  |  |
| Αναπλήρωση / προστασία του εισοδήματος σας από εργασία |  |  |  |  |
| Δημιουργία κεφαλαίου ή συμπληρωματική Σύνταξη |  |  |  |  |
| Οικονομική προστασία σε περίπτωση υγείας δική σας/μελών της οικογένειας |  |  |  |  |
| Δημιουργία κεφαλαίου για σπουδές / επαγγελματική αποκατάσταση παιδιών |  |  |  |  |

Αν στην επιλογή «**Οικονομική προστασία σε περίπτωση υγείας δική σας/μελών της οικογένειας»**  απαντήσατε ΝΑΙ παρακαλούμε συμπληρώστε κάποιες επιπλέον απαραίτητες πληροφορίες:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Χρησιμοποιείτε βιβλιάριο ασθενείας ή /και Ομαδικό; | | | | | | |
| Αν ΝΑΙ (σημειώστε αν υπάρχει κάποιο μέλος ανασφάλιστο) | | | **Ταμείο Ασφάλισης:** | | **Ομαδικό** | **Εταιρία** |
| Κυρίως Ασφαλισμένος | ΑΜΚΑ |  |  | ΠΕΔΥ/ ΕΟΠΥΥ |  |  |
| Σύζυγος | ΑΜΚΑ |  |  | ΠΕΔΥ/ ΕΟΠΥΥ |  |  |
| Παιδί 1 | ΑΜΚΑ |  |  | ΠΕΔΥ/ ΕΟΠΥΥ |  |  |
| Παιδί 2 | ΑΜΚΑ |  |  | ΠΕΔΥ/ ΕΟΠΥΥ |  |  |
| Παιδί 3 | ΑΜΚΑ |  |  |  |  |  |
| Παιδί 4 | ΑΜΚΑ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Σε έκτακτο περιστατικό θα απευθυνθείτε σε (περιγράψτε κάποιο περιστατικό): | | |
| Ιδιώτες Ιατρούς |  |  |
| Ιατρούς Συμβεβλημένους με το ΠΕΔΥ (ΕΟΠΥΥ) |  |  |
| Κέντρο Υγείας |  |  |
| Δημόσιο Νοσοκομείο |  |  |
| Ιδιωτικό Νοσοκομείο |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ποια έξοδα υγείας σας ανησυχούν πιο πολύ (Γράψτε το κεφάλαιο που μπορείτε να αναλάβετε ιδιωτικά κατ’ έτος); | | |
| Επισκέψεις σε ιατρούς |  |  |
| Διαγνωστικές Εξετάσεις |  |  |
| Έξοδα που μπορεί να προκύψουν εντός νοσηλευτικού ιδρύματος |  |  |
| Έξοδα αποθεραπείας |  |  |
| Έξοδα που μπορεί να προκύψουν εκτός νοσηλείας σε μία σοβαρή ασθένεια |  |  |
| Έξοδα επείγουσας αερομεταφοράς |  |  |
| Κόστος αγοράς φαρμάκων / και υλικών ή μηχανημάτων υποστήριξης |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Επίπεδο Νοσηλείας που επιθυμείτε (αιτιολογήστε): | | |
| Ποια θέση νοσηλείας επιθυμείτε για εσάς και την οικογένειά σας |  |  |
| Ποιο όριο κάλυψης σας προσφέρει αίσθημα ασφάλειας σε μία νοσηλεία |  |  |
| Ποιο το ποσό συμμετοχής που αντέχετε να πληρώσετε εσείς σε μία νοσηλεία |  |  |
| Ποιο το ποσό που αντέχετε να πληρώσετε εσείς αν χαθεί το ομαδικό της εταιρίας (ή αν δεν έχετε) |  |  |
| Ταξιδεύετε συχνά; |  |  |
| Αν ΝΑΙ γράψτε αριθμό Ταξιδίων τον χρόνο εντός Ελλάδας |  |  |
| Αν ΝΑΙ γράψτε αριθμό Ταξιδίων τον χρόνο εκτός Ελλάδας (Ε.Ε. / Η.Π.Α. / άλλη) |  |  |
| Αν ΝΑΙ για λόγους αναψυχής, επαγγελματικούς ή λόγους υγείας; |  |  |
| Επιθυμείτε απευθείας κάλυψη εξόδων σε περίπτωση νοσηλείας στο εξωτερικό (μέχρι τι ποσό); |  |  |

Ιεράρχηση Ασφαλιστικών Αναγκών Περιουσίας

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Από τις πιο κάτω αναγραφόμενες ασφαλιστικές ανάγκες, σημειώστε εκείνες που σας ενδιαφέρουν : | | Ν | Ο | Υπάρχουσα Κάλυψη: | Ασφαλιστική Εταιρία: |
| Κατοικίας σας (κύρια ή / και εξοχική) | |  |  |  |  |
| Εξοχικής Κατοικίας | |  |  |  |  |
| Ενοικιαζόμενης Κατοικίας (ή/και Airbnb/Booking) | |  |  |  |  |
| Ενυπόθηκης Κατοικίας | |  |  |  |  |
| Επαγγελματικού σας χώρου | |  |  |  |  |
| Οχημάτων Οικογένειας | |  |  |  |  |
| Οχημάτων Εταιρίας | |  |  |  |  |
| Σκάφους Αναψυχής | |  |  |  |  |
| Διαχείρισης Πολυκατοικίας (εάν είστε ο διαχειριστής) | |  |  |  |  |
| Αστικής Ευθύνης Ατομικής / Οικογενειακής | |  |  |  |  |
| Νομικής Προστασίας (Ατομικής/Οικογενειακής/Οχημάτων/Διαχειριστή, κ.τ.λ.) | |  |  |  |  |
| Έχετε κατοικίδια; | |  |  |  |  |
| Επαγγελματικής Δραστηριότητας | |  |  |  |  |
| Άλλη (σημειώστε εδώ): |  |  |  |  |  |

Ιεράρχηση Οικονομικών Αναγκών

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Από τις πιο κάτω αναγραφόμενες ανάγκες, σημειώστε εκείνες που σας ενδιαφέρουν περισσότερο σήμερα (ώστε να επικοινωνήσει μαζί σας εξειδικευμένος συνεργάτης): | | Ναι | Όχι | Υπάρχουσα Κατάσταση | Επιθυμητή Υπηρεσία: |
| Επενδύσεις : | |  |  |  |  |
| Προγράμματα Επιδότησης | |  |  |  |  |
| Εξασφάλιση Κεφαλαίου : | |  |  |  |  |
| Δημιουργία Εταιρείας : | |  |  |  |  |
| Πιστοποίηση ISO ή GDPR: | |  |  |  |  |
| Αγορά Ακινήτου / Οικοπέδου / Άλλο (Real Estate) : | |  |  |  |  |
| Φοροτεχνική – Φορολογική Υποστήριξη : | |  |  |  |  |
| Προώθηση / Ανάπτυξη μιας Ιδέας – Εταιρίας : | |  |  |  |  |
| Άλλο (περιγράψτε): |  |  |  |  |  |

Σημειώσεις Συμβούλου / Παρατηρήσεις Πελάτη:

|  |
| --- |
|  |

Priority: **--** | All Financial Safe

Δήλωση για τα Προσωπικά Δεδομένα του Πελάτη

Τα προσωπικά δεδομένα αυτού του εντύπου που γνωστοποιούνται από τον πελάτη στην **Athens Financial Services ΙΚΕ**, χορηγούνται με την συγκατάθεση του πελάτη για να επεξεργασθεί τα στοιχεία ο σύμβουλος, να τα κοινοποιήσει σε κατάλληλο αριθμό φερέγγυων ασφαλιστικών εταιριών ή συνεργαζόμενων γραφείων (π.χ. μεσίτες ασφαλίσεων), αποκλειστικά και μόνο για τον σκοπό της σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης.

Δήλωση Πελάτη

Δηλώνω ότι:

1. Παρέλαβα από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή **Σπύρο Γεωργιάδη** με Α.Μ. Ε.Ε.Α. 161548, νόμιμο εκπρόσωπο της **Athens Financial Services ΙΚΕ** με Α.Μ. Ε.Ε.Α. 343435, το έντυπο πληροφοριών ασφαλιστικής διαμεσολάβησης, το έντυπο με την ανάλυση των ασφαλιστικών μου αναγκών το οποίο συμπληρώσαμε μαζί σύμφωνα με τις σημερινές τρέχουσες ανάγκες μου.
2. Ενημερώθηκα από τον ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή για την πιστοποίηση γνώσεων που διαθέτει, με βάση το ενημερωτικό έγγραφο που μου προσκόμισε με τίτλο «Υποχρεωτική εκ του Άρθρου 11 Π.Δ. 190/2006 ενημέρωση από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σας».
3. Τα στοιχεία που δηλώνω στο έντυπο αυτό είναι αληθινά και ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, στην έκταση που γνωρίζω και μπορώ να ελέγξω.
4. Αναγνωρίζω ότι ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής βασίζεται στα στοιχεία αυτά για να ερευνήσει και να αναλύσει τις ασφαλιστικές μου ανάγκες. Επίσης γνωρίζω ότι ελλιπή ή ανακριβή στοιχεία μπορεί να επηρεάσουν τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή στην εκτίμηση των αναγκών μου.

Ημερομηνία: Σάββατο, 6 Απριλίου 2019

Υπογραφή Πελάτη / Σφραγίδα Υπογραφή / Σφραγίδα Διαμεσολαβητή