

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΠΕΛΑΤΗ

ΙΔΙΩΤΗΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημ/νία γέννησης:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

ΑΦΜ, ΔΟΥ:

Επάγγελμα:

Αριθμός ανήλικων παιδιών:

Αριθμός εξαρτώμενων μελών:

Προβλήματα υγείας:

Ύπαρξη τακτικών ελέγχων υγείας:

Ύπαρξη μεταφορικού οχήματος, είδος αυτού:

Πηγή εισοδημάτων:

Μηνιαίο εισόδημα:

Ύπαρξη ιδιόκτητης οικείας:

Μηνιαία πάγια έξοδα:

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Επωνυμία επιχείρησης:

(Σε περίπτωση εταιρείας) Είδος εταιρείας:

Διεύθυνση έδρας:

Διεύθυνση λειτουργίας (αν διαφέρει από τη διεύθυνση έδρας):

(Σε περίπτωση εταιρείας) Είναι η εταιρεία μητρική, υποκατάστημα ή θυγατρική εταιρεία άλλου νομικού προσώπου;
.....

(Σε περίπτωση εταιρείας) Ημερομηνία ίδρυσης:

Ημερομηνία έναρξης επαγγέλματος:

Αριθμός υπαλλήλων:

Είδος επιχείρησης:

Σύνολο Ισολογισμού:

Καθαρό ποσό κύκλου εργασιών:

Ύπαρξη ενοποιημένων λογαριασμών (από συμμετοχή σε σύνολο επιχειρήσεων που καταρτίζουν ενοποιημένους λογαριασμούς σύμφωνα με την Οδηγία 83/349/ΕΟΚ):

B. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Επιλέγετε με X πεδία ενδιαφέροντος

I. ΙΔΙΩΤΗΣ

α) κατοικία

β) αυτοκίνητο

γ) ζωή/υγεία/αποταμίευση

δ) άλλο

II. ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

1) πυρός

2) απώλεια κερδών

3) αστική ευθύνη

4) μεταφορές

5) στόλος αυτοκινήτων

6) πιστώσεις

7) ευθύνη διευθυντών και στελεχών (D&O)

8) ηλεκτρονικοί και διαδικτυακοί κίνδυνοι

9) ομαδικό υγείας/αποταμίευσης

10) άλλο

Γ. ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

.....
.....

Δ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

.....
.....

Δήλωση/Βεβαίωση του Πελάτη

Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν ερωτηματολόγιο, καθώς και τα συνημμένα που σχετίζονται με αυτό, είναι απολύτως σωστά, αληθινά και ακριβή.

Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω άμεσα την εταιρεία σας για τυχόν αλλαγές στις παρεχόμενες πληροφορίες. Οι πληροφορίες αυτές θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την αξιολόγηση των ασφαλιστικών μου αναγκών και για την παροχή εξειδικευμένης σύστασης από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σας, σύμφωνα με τον Ν. 4583/2018.

Σε περίπτωση που κάποιο από τα παραπάνω στοιχεία διαπιστωθεί ότι είναι ψευδές, αναληθές ή παραπλανητικό, γνωρίζω ότι φέρω τη σχετική ευθύνη σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Υπογραφή Πελάτη: _____

Ημερομηνία: _____