

## ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_  
 Γραφείο Παραγωγής: \_\_\_\_\_  
 Τηλέφωνο Επικοινωνίας: \_\_\_\_\_ Κινητό Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_  
 Μητρώο: \_\_\_\_\_  
 Σχέση συνεργασίας με την Εθνική Ασφαλιστική: \_\_\_\_\_

# Η Εθνική δίπλα σας



### ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΣΑΣ

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

#### Στοιχεία Πελάτη

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_  
 Ημερομηνία Γέννησης: \_\_\_\_\_  
 Επάγγελμα: \_\_\_\_\_  
 ΑΦΜ: \_\_\_\_\_  
 Κοινωνικός Φορέας Ασφάλισης: \_\_\_\_\_  
 Δ/ση Κατοικίας: \_\_\_\_\_  
 Δ/ση Εργασίας: \_\_\_\_\_  
 Τηλέφωνο Επικοινωνίας: \_\_\_\_\_ Κινητό: \_\_\_\_\_ Σταθερό: \_\_\_\_\_  
 e-mail Επικοινωνίας: \_\_\_\_\_

#### Προστατευόμενα Μέλη

	Όνοματεπώνυμο	Ημερομηνία γεννήσεως
Σύζυγος	_____	_____/_____/_____
1 <sup>ο</sup> Παιδί	_____	_____/_____/_____
2 <sup>ο</sup> Παιδί	_____	_____/_____/_____
3 <sup>ο</sup> Παιδί	_____	_____/_____/_____

Κοινων. Ασφαλ. Φορέας συζύγου/τέκνων: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Μηνιαία Έξοδα	Πάγια Έξοδα Οικογένειας (Ενοίκια, έξοδα Παιδιών κ.λπ.)	Υποχρεώσεις (Δάνεια, Κάρτες κ.α.)	Σύνολο	€
_____	_____	_____	_____	_____

Μηνιαία Εισοδήματα	Οικογενειακό Εισόδημα (ιδίου & συζύγου)	Εισόδημα από Ενοίκια	Άλλες πηγές εισοδήματος	Σύνολο	€
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Έχετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο σε Ασφαλιστική Εταιρία; Ναι  Όχι

Σε ποια/ες εταιρία/ες; \_\_\_\_\_

- |   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| <p>Τί είδους ασφάλιση: <input checked="" type="checkbox"/> έχετε ήδη;</p> <p><input type="checkbox"/> Υγείας</p> <p><input type="checkbox"/> Εξασφάλισης Οικογένειας</p> <p><input type="checkbox"/> Προστασίας / Αναπλήρωσης Εισοδήματος</p> <p><input type="checkbox"/> Παιδικό Πρόγραμμα Σπουδών/ Επαγγελματικής Αποκατάστασης</p> <p><input type="checkbox"/> Σύνταξης</p> <p><input type="checkbox"/> Επένδυσης Κεφαλαίων/Αποταμίευσης</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> θα σας ενδιέφερε να συζητήσουμε;</p> <p><input type="checkbox"/> Αστικής Ευθύνης</p> <p><input type="checkbox"/> Οχήματος</p> <p><input type="checkbox"/> Κατοικίας</p> <p><input type="checkbox"/> Σκάφους</p> <p><input type="checkbox"/> Επιχείρησης</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλο: _____</p> | <p>Προστασία Περιουσίας</p> |
|---|--|-----------------------------|

**ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΑΣ**

**ΥΓΕΙΑ**

- > Γνωρίζετε ότι οι αλλαγές στην κοινωνική ασφάλιση απαιτούν την ιδιωτική συμμετοχή μας για την κάλυψη των εξόδων φροντίδας της υγείας μας; Ναι  Όχι
- Θα θέλατε να εξασφαλίσετε καλύτερες συνθήκες νοσηλείας, έχοντας πρόσβαση σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σε συνδυασμό με το Ταμείο σας; Ναι  Όχι
- Ύψος δαπάνης νοσηλείας το οποίο θα μπορούσατε να καλύψετε \_\_\_\_\_ €
- Θα θέλατε να έχετε κάλυψη πρωτοβάθμιας περίθαλψης (check up, διαγνωστικές εξετάσεις, επισκέψεις σε γιατρούς κ.λπ.); Ναι  Όχι
- Πιστεύετε ότι τα μέλη της οικογένειάς σας έχουν ανάγκη ασφάλισης υγείας; ο/η σύζυγος  παιδιά

**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  Όχι
- Θα είχατε ανάγκη από ένα επιπλέον ποσό για την οικονομική εξασφάλισή σας πέραν της σύνταξης από το Ταμείο σας; Ναι  Όχι
- 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 σύνταξης σας; Ναι  Όχι

**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  Όχι
- Λαμβάνοντας υπόψη και τα πάγια μηνιαία έξοδα της οικογένειάς σας θεωρείτε ότι θα χρειαστείτε ένα ποσό για την πλήρη κάλυψη των αναγκών της; Ναι  Όχι
- 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  Όχι
- Επιθυμητό ασφαλ. κεφάλαιο: 1° \_\_\_\_\_ € 2° \_\_\_\_\_ € 3° \_\_\_\_\_ € 4° \_\_\_\_\_ €
- Επιθυμητή ηλικία διάθεσης κεφαλαίου: 1° \_\_\_\_\_ ετών 2° \_\_\_\_\_ ετών 3° \_\_\_\_\_ ετών 4° \_\_\_\_\_ ετών

**ΕΠΕΝΔΥΣΗ - ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ**

- > 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  Όχι
- Θα επιθυμούσατε η επένδυσή σας να έχει εγγυημένη απόδοση; Ναι  Όχι
- Επιθυμητό ποσό επένδυσης/ αποταμίευσης  εφάπαξ καταβολών: \_\_\_\_\_ €
- περιοδικών καταβολών: \_\_\_\_\_ €
- 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  Όχι

Επιθυμείτε να ασφαλίσετε την κατοικία σας; Ναι  Όχι

	Τετραγωνικά Μέτρα	Αξία Περιεχομένου:	Ιδιόκτητη	Ενοικιαζόμενη
Κύρια κατοικία	τ.μ.	€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εξοχική Κατοικία	τ.μ.	€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>η</sup> Κατοικία	τ.μ.	€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Επιθυμείτε ασφάλιση από σεισμό; Ναι  Όχι

**ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΧΗΜΑΤΟΣ - ΣΚΑΦΟΥΣ**

► Έχετε δικό σας μέσο μεταφοράς; Ναι  Όχι

		Μοντέλο/Αριθμ.κυκλοφορίας	Κυβ. Εκατοστά (cc)	1 <sup>η</sup> ς κυκλοφ.	Λήξη ασφαλ.
<input type="checkbox"/> Αυτοκίνητο	1 <sup>ο</sup>			/ /	/ /
	2 <sup>ο</sup>			/ /	/ /
	3 <sup>ο</sup>			/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Μοτοσικλέτα	1 <sup>ο</sup>			/ /	/ /
	2 <sup>ο</sup>			/ /	/ /
Ιπποδύναμη Μηχανής (HP)					
<input type="checkbox"/> Σκάφος					/ /

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  Όχι

Σας ενδιαφέρει η κάλυψη του σκάφους σας; Ναι  Όχι

**ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ**

► 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  Όχι

Επιθυμείτε να ασφαλίσετε την επιχείρησή σας; Ναι  Όχι

	Είδος επιχείρησης	Επωνυμία	Περιοχή	Ετήσιος τζίρος
1 <sup>η</sup>				€
2 <sup>η</sup>				€
	Αξία Κτιρίου		Αξία Περιεχομένου	
1 <sup>η</sup>		€		€
2 <sup>η</sup>		€		€

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  Όχι

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** (κατατάξετε από το 1 έως το 9)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ασφάλιση Υγείας                 | <input type="checkbox"/> Ασφάλιση Κατοικίας   |
| <input type="checkbox"/> Εξασφάλιση Σύνταξης             | <input type="checkbox"/> Ασφάλιση Οχήματος    |
| <input type="checkbox"/> Εξασφάλιση Οικογένειας/ Παιδιών | <input type="checkbox"/> Ασφάλιση Σκάφους     |
| <input type="checkbox"/> Επένδυση Κεφαλαίων/ Αποταμίευση | <input type="checkbox"/> Ασφάλιση Επιχείρησης |
|  | <input type="checkbox"/> Άλλο: _____          |

**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

Όνομα	Τηλέφωνο Επικοινωνίας	Όνομα	Τηλέφωνο Επικοινωνίας
1	_____	1	_____
2	_____	2	_____
3	_____	3	_____
4	_____	4	_____

Δηλώνω υπεύθυνα ότι,

- Τα ανωτέρω προσωπικά δεδομένα μου 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 προβλέπονται και στο άρ. 11 του π.δ. 190/2006 και άρ. 5 της υπ' αριθμ. 86/5.4.2016 Πράξης της ΤτΕ έλαβα και επιθυμώ να λαμβάνω από τον ασφαλιστικό σύμβουλο της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» συμβουλές ασφάλισης, που στηρίζονται στις πιο πάνω αναφερόμενες ασφαλιστικές μου ανάγκες.
- Ενημερώθηκα από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή (Υπεύθυνο Επεξεργασίας) ότι η συλλογή των ανωτέρω προσωπικών δεδομένων μου είναι απαραίτητη για την εκπλήρωση της προβλεπόμενης στις ανωτέρω διατάξεις υποχρέωσής του για διευκρίνιση των απαιτήσεων και αναγκών μου για ασφάλιση και συγκατατίθεμαι ειδικώς και ελευθέρως στην εκ μέρους του συλλογή, τήρηση σε (ηλεκτρονικό ή μη) αρχείο και επεξεργασία των δεδομένων μου, τα οποία δηλώνω στο παρόν έντυπο, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2472/1997, ως ισχύει σήμερα, των οποίων αποδέκτες και εκτελούντες την επεξεργασία μπορεί να είναι συνεργαζόμενοι ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές, η Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» και τυχόν εταιρείες του Ομίλου στον οποίο ανήκει.
- Ενημερώθηκα ότι δύναμαι να ασκήσω, εφόσον το επιθυμώ, μετά από εξακρίβωση της ταυτότητάς μου, σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 13 του Ν.2472/1997 το δικαίωμά μου πρόσβασης και αντίρρησης σχετικά με τα προσωπικά δεδομένα που με αφορούν και τα οποία αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας, απευθυνόμενος εγγράφως, κατόπιν σχετικού αιτήματός μου, προς τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή .....(οδός ..... αριθμ..... τηλ.....)
- Τέλος, εφόσον δεν σημειώνεται η αρνητική επιλογή στο τέλος της παραγράφου αυτής συγκατατίθεμαι ειδικώς και ελευθέρως να χρησιμοποιήσει τα προαναφερόμενα στοιχεία μου ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής, η «**ΑΕΕΓΑ Η ΕΘΝΙΚΗ**» ή άλλες εταιρείες του Ομίλου στον οποίο ανήκει με σκοπό την ενημέρωσή μου και αποστολή διαφημιστικού υλικού, με έντυπη μορφή ή με οποιοδήποτε μέσο ηλεκτρονικής επικοινωνίας (σύμφωνα με το Ν. 2251/94 όπως αυτός τροποποιήθηκε με τον Ν. 3587/2007 σε συνδυασμό με το άρθρο 11 παρ. 1, 2 και 5 του Ν. 3471/2006) για προϊόντα ή υπηρεσίες της Εθνικής Ασφαλιστικής ή άλλων εταιρειών που ανήκουν στον ίδιο Όμιλο.

ΔΕΝ ΠΑΡΕΧΩ

ΠΕΛΑΤΗΣ

\_\_\_\_\_ (Όνοματεπώνυμο)

Υπογραφή

Ο Ασφαλιστικός Σύμβουλος