



## φόρμα αναγκών για μελέτη – προσφορά - ασφάλισης δαπανών Υγείας.

- δίνω τη **συγκατάθεσή** μου στην **help insurance – Fotis Paparastolou** να **επεξεργαστεί και να αποθηκεύσει** τα προσωπικά μου δεδομένα !
- επίσης να μου στείλει σε e-mail την **προτασή** του, εκ του ενδιαφεροντός μου για την επικείμενη **ασφάλιση υγείας** !

συμφωνείτε ;

### προσωπικά στοιχεία

όνομα:  επώνυμο

ημερομηνία γέννησης

φύλο  τόπος διαμονής

### επικοινωνία

τηλέφωνο 1  τηλέφωνο 2  e-mail

### οικογενειακή κατάσταση

αριθμός προστατευόμενων μελών:

έχετε δημόσιο φορέα ασφάλισης σε ισχύ ;

έχετε ιδιωτικό πρόγραμμα ασφάλισης σε ισχύ ;

### ανάλυση αναγκών υγείας

ποιοί είναι το ποσό που σκέπτεσται να δαπανήσετε μηνιαίως ;

τι κάλυψη επιθυμείτε;

ποια θα είναι η δική σας συμμετοχή στα έξοδα νοσηλείας;

( συμμετοχή σας στα έξοδα νοσηλείας που δεν θα σας ανησυχούσε) ;

ποια θέση νοσηλείας επιθυμείτε;

επιθυμείτε το πλάνο σας να έχει :

θα σας ενδιέφερε η κάλυψη δαπανών νοσηλείας στο εξωτερικό

| [www.help-insurance.gr](http://www.help-insurance.gr) | - | [asfalistis@gmail.com](mailto:asfalistis@gmail.com) | - | [hello@help-insurance.gr](mailto:hello@help-insurance.gr) |



| +30 6977 260 101 |

[αξιοποιούμε το video conference](#)



προστασία για :

ΕΠΙΛΟΓΗ

οι καλύψεις να είναι από:

ΕΠΙΛΟΓΗ

σημειώστε εάν επιθυμείτε κάποιες από τις παρακάτω καλύψεις

- επίδομα τοκετού.
- κάλυψη εγκυμοσύνης.
- προστασία πληρωμής ασφαλίσεων.
- έξοδα ατυχήματος εντός & εκτός νοσοκομείου.
- νοσοκομειακό επίδομα.
- χειρουργικό επίδομα.
- επίδομα "σοβαρών ασθενειών".
- δαπάνες σε κέντρο αποκατάστασης.

συμπληρώστε στι άλλο θα ... πρέπει να γνωρίζουμε !

ημερομηνία

τόπος

σας ευχαριστούμε για τα σημαντικά στοιχεία που μας κοινοποιήσατε για την έκδοση της πρότασής μας !



| [www.help-insurance.gr](http://www.help-insurance.gr) | - | [asfalistis@gmail.com](mailto:asfalistis@gmail.com) | - | [hello@help-insurance.gr](mailto:hello@help-insurance.gr) |



| +30 6977 260 101 |

[αξιοποιούμε το video conference](#)