



asfalistis@gmail.com

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ

Ετήσια Επίσκεψη Νέα Πρόταση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

Όνοματεπώνυμο: _____
 Γραφείο Παραγωγής: _____
 Τηλέφωνο Επικοινωνίας: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____
 Μητρώο: _____
 Σχέση συνεργασίας: **1** _____

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

Όνοματεπώνυμο	Ημερομηνία γεννήσεως
Σύζυγος _____	_____/_____/_____
1 ^ο Παιδί _____	_____/_____/_____
2 ^ο Παιδί _____	_____/_____/_____
3 ^ο Παιδί _____	_____/_____/_____

Κοινω. Ασφαλ. Φορέας συζύγου/τέκνων: _____ / _____

Έχετε ασφαλιστήριο συμβόλαιο σε Ασφαλιστική Εταιρία;

Ναι

Όχι

Σε ποια/ες εταιρία/ες; _____

Τί είδους ασφάλιση:

έχετε ήδη;

θα σας ενδιέφερε να συζητήσουμε;

- Υγείας
- Εξασφάλισης Οικογένειας
- Προστασίας / Αναπλήρωσης Εισοδήματος
- Παιδικό Πρόγραμμα Σπουδών/ Επαγγελματικής Αποκατάστασης
- Σύνταξης
- Επένδυσης Κεφαλαίων/Αποταμίευσης

- Αστικής Ευθύνης
- Οχήματος
- Κατοικίας
- Σκάφους
- Επιχείρησης
- Άλλο: _____

Προστασία Περιουσίας

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

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 € _____

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
- > Αν σήμερα συνέβαινε σε εσάς ή στην οικογένειά σας κάποιο πρόβλημα υγείας και η αποκατάστασή του απαιτούσε ένα σημαντικό για εσάς ποσό (π.χ. 20.000€, 30.000€ κ.α.) πως θα το αντιμετωπίζατε;
 - Με χρήση του κρατικού (δημόσιου) φορέα ασφάλισης
 - Με χρήση Ομαδικής Ασφάλισης
 - Με διαθέσιμες αποταμιεύσεις
 - Με άλλο τρόπο
- > Θα θέλατε να εξασφαλίσετε καλύτερες συνθήκες νοσηλείας, έχοντας πρόσβαση σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σε συνδυασμό με το Ταμείο σας; Ναι Όχι
- > Ποιο θα ήταν το ύψος της δαπάνης μιας νοσηλείας το οποίο θα μπορούσατε να καλύψετε;
 - 0€
 - 500€
 - 1.500€
 - 3.000€
 - 6.000€
 - 10.000€
- > Θα θέλατε να έχετε κάλυψη πρωτοβάθμιας περιθαλψής (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 Ασφάλισης 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
- > 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
 - Ποσό που επιθυμείτε να διαθέσετε για τη συμπλήρωση της σύνταξης εφάπαξ καταβολών: _____ €
 - περιοδικών καταβολών: _____ € με 3% αναπροσαρμογή
 - Χρονικός ορίζοντας του προγράμματος επένδυσης _____ έτη

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 οικογενείας 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

- > Από το σύνολο του εισοδήματός σας ή των αποταμιεύσεών σας, θα επιθυμούσατε να επενδύσετε ένα κεφάλαιο που δεν έχετε άμεσα ανάγκη, αναλαμβάνοντας κάποιο βαθμό επενδυτικού κινδύνου με την προσδοκία να απολαύσετε καλύτερες αποδόσεις στο μέλλον; Ναι Όχι
 - Αν ναι, επιθυμείτε να κάνετε περιοδικές/τακτικές καταβολές; Ή εφάπαξ καταβολή;
 - Επιθυμητό ποσό επένδυσης/ αποταμίευσης: _____ €
 - 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:	Ιδιότητα	Ενοικιαζόμενη
Κύρια κατοικία	_____ τ.μ.	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εξοχική Κατοικία	_____ τ.μ.	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^η 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)	Ημερομηνία 1ης κυκλοφορίας	Ημερομηνία λήξης ασφάλισης
<input type="checkbox"/> Αυτοκίνητο	1 ^ο	_____	_____	____/____/____	____/____/____
	2 ^ο	_____	_____	____/____/____	____/____/____
	3 ^ο	_____	_____	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/> Μοτοσικλέτα	1 ^ο	_____	_____	____/____/____	____/____/____
	2 ^ο	_____	_____	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/> Σκάφος	Ιπποδύναμη Μηχανής (HP)				____/____

> 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 ^η	_____	_____	_____	€
2 ^η	_____	_____	_____	€

Αξία Κτιρίου	Αξία Περιεχομένου	
1 ^η	_____	€
2 ^η	_____	€

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
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____

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

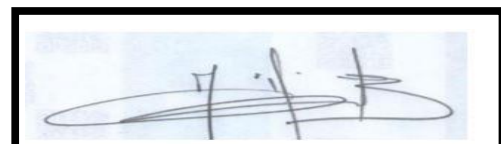
ο
ο
ο

ΠΕΛΑΤΗΣ

_____ (Όνοματεπώνυμο)

Υπογραφή

Ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής



ΠΑΠΑΠΟΣΤΟΛΟΥ ΦΩΤΙΟΣ
Ασφαλιστικός Πράκτορας
ΑΦΜ : 044602820 – ΔΟΥ : ΣΤ' ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΑΤ. Χ 230823

--	--	--

--	--	--

--	--	--

