



# Έντυπο Αναγκών

---

**Yellow Project**

Λ. ΣΥΓΓΡΟΥ 40-42, 11742, ΑΘΗΝΑ | 213 090 4305, [INFO@YELLOWPROJECT.GR](mailto:INFO@YELLOWPROJECT.GR)

## Στοιχεία Υποψηφίου προς Ασφάλιση

Όνομα:

Επώνυμο:

Ημ. Γέννησης:

Α.Φ.Μ.:

Διεύθυνση Κατοικ.:

Τ.Κ.:

Πόλη:

Σταθερό:

Κινητό:

Email:

Επάγγελμα:

## Προστατευόμενα Μέλη

1 Σύζυγος Ονοματεπώνυμο

Ημ.

Γέννησης

Επάγγελμα

Κινητό

2 Τέκνο Ονοματεπώνυμο

Ημ.

Γέννησης

3 Τέκνο Ονοματεπώνυμο

Ημ.

Γέννησης

4 Τέκνο Ονοματεπώνυμο

Ημ.

Γέννησης

5 Τέκνο Ονοματεπώνυμο

Ημ.

Γέννησης

## Το ταμείο σας

Έσοδα:

Έξοδα:

Μισθός:

Πάγια έξοδα:

Έσοδα από Ακίνητα:

Δάνειο/Κάρτα:

Έσοδα από επενδύσεις:

Έξοδα εκπαίδευσης:

Άλλα έσοδα:

Άλλα έξοδα:

Σύνολο

Σύνολο

## Ποιο είναι το ποσό που μπορείτε να διαθέσετε προς ασφάλιση;

Ποσό:

Σε περίπτωση αιφνίδιου γεγονότος, πως θα καλύψετε το ποσό από τα παραπάνω έξοδα;

1. Από αποταμιεύσεις;

2. Από επενδύσεις;

3. Από ακίνητα;

4. Δεν έχω τρόπο



Θέλετε να εξασφαλίσετε αυτό το ποσό;

## Health

Είστε Ασφαλισμένος;

Δημόσιο φορέα  Ιδιωτική Ασφάλιση  Ομαδική Ασφάλιση  Άλλο

Σε περίπτωση νοσηλείας πως θα ανταπεξέλθετε στο κόστος;

Μέσω:

Δημόσιου Φορέα  Ατομικό Ασφαλιστήριο  Ομαδικό Ασφαλιστήριο   
Αποταμιεύσεις  Άλλο τρόπο  Δεν έχω τρόπο

Θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να εξασφαλίσετε την προστασία της υγείας σας;

Ναι  Όχι

## Future

Έχετε προβλέψει τα χρήματα που απαιτούνται για τις σπουδές ή την εναλλακτική αποκατάσταση των παιδιών σας;

Ναι  Όχι

Ποιες ενέργειες έχετε ακολουθήσει;

Αποταμίευση  Επένδυση  Ατομικό Ασφαλιστήριο  Άλλο

## Pension

Η σύνταξή σας, σας αρκεί για τα χρόνια που έρχονται;

Έχετε κάνει κάτι για να την αυξήσετε;

Αποταμίευση  Επενδύσεις  Ακίνητα  Ατομική / Ομαδική Ασφάλιση   
Άλλο  Δεν έχω κάνει τίποτα

## Property

Τα περιουσιακά σας στοιχεία είναι εξασφαλισμένα σε περίπτωση τυχαίου γεγονότος;

Κατοικία

Ημ. Ανανέωσης:

Είδος:

Τετραγωνικά:

Έτος Κατασκευής:

Αξία κτιρίου:

Αξία περιεχομένου:





### Επιχείρηση

Ημ. Ανανέωσης:

Είδος:

Τετραγωνικά:

Αριθ. εργαζομένων

Αξία κτιρίου:

Αξία περιεχομένου:

### Όχημα



Ημ. Ανανέωσης:

Χρήση:

1<sup>η</sup> κυκλοφορία:

Κυβικά:

Αξία:

Αρ.κυκλοφορίας:

### Σκάφος



Ημ. Ανανέωσης:

Τύπος:

Κυβικά μηχανής:

1<sup>η</sup> κυκλοφορία:

Αξία:

Περιοχή πλοών:

Ποιες είναι οι προτεραιότητες σας; (συμπληρώστε αριθμό 1 έως 7)

Η υγεία μου

Η κατοικία μου

Το μέλλον των παιδιών μου

Η επιχείρηση μου

Η σύνταξη μου

Το όχημα μου

Οι αποταμιεύσεις μου

## Ενημέρωση Υποκείμενων Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή

Ο \_\_\_\_\_ Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής, σας ενημερώνει ότι η συλλογή των προσωπικών σας δεδομένων με τη συμπλήρωση εκ μέρους σας, του παρόντος εντύπου και η μεταγενέστερη από αυτόν επεξεργασία τους αποσκοπεί στην εκπλήρωση της προβλεπόμενης από το άρθρο 11 παρ.3 του π.δ. 190/06 υποχρέωσής του, να διευκρινίζει τις ασφαλιστικές απαιτήσεις και ανάγκες σας, βάσει των πληροφοριών που του παρέχετε και να προσδιορίζει τους λόγους στους οποίους βασίζονται οι ασφαλιστικές συμβουλές που θα σας παράσχει, πριν τη σύναψη εκ μέρους σας, οποιασδήποτε ασφαλιστικής σύμβασης. Αποδέκτες των δεδομένων σας, μπορεί να είναι η διοίκηση και οι υπηρεσίες ασφαλιστικής διαμεσολάβησης (στην περίπτωση που ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής είναι νομικό πρόσωπο) ή ασφαλιστική εταιρεία προς την οποία θα υποβάλετε αίτηση ασφάλισης με τη διαμεσολάβηση του Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή, οι δημόσιες υπηρεσίες και δικαστικές αρχές, δημόσιοι λειτουργοί και τρίτοι, βάσει επιταγών νόμου, δικαστικών αποφάσεων και για την προάσπιση των εννόμων συμφερόντων του Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή. Έχετε το δικαίωμα να γνωρίζετε εάν τα προσωπικά σας δεδομένα αποτελούν ή αποτέλεσαν αντικείμενο επεξεργασίας (άρθρο 12 Ν 2472/97), καθώς και να προβάλλετε οποιοδήποτε αντιρρήσεις για την επεξεργασία των δεδομένων αυτών (άρθρο 13Ν 2472/97). Για την άσκηση των δικαιωμάτων πρόσβασης και αντίρρησης για την επεξεργασία των δεδομένων μπορείτε να απευθύνεστε στον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή, επί της οδού \_\_\_\_\_

με αριθμό τηλεφώνου \_\_\_\_\_

και email \_\_\_\_\_

Ημερομηνία:

Τόπος:

Υπογραφή

## Σας προτείνουμε

Ανάλυση αναγκών πελάτη και αιτιολογημένη συμβουλή ασφαλιστικής κάλυψης Άρθρου 11 παρ. 3 π.δ. 190/2006

Με βάση τα όσα ειπώθηκαν κατά την συνάντησή μας στις ..../..../..... αλλά και όσα καταγράφηκαν στο παρόν έντυπο

Κατά την γνώμη μας οι προτεραιότητες σας είναι:

Η υγεία μου	<input type="checkbox"/>	Η κατοικία μου	<input type="checkbox"/>
Το μέλλον των παιδιών μου	<input type="checkbox"/>	Η επιχείρησή μου	<input type="checkbox"/>
Η σύνταξη μου	<input type="checkbox"/>	Το όχημά μου	<input type="checkbox"/>
Οι αποταμιεύσεις μου	<input type="checkbox"/>		

Αφού αξιολογήσαμε τις ασφαλιστικές σας ανάγκες σας προτείνουμε τις κάτωθι ασφαλιστικές λύσεις:

Ασφάλιση Ζωής

Ασφάλιση Υγείας

Ασφάλιση Περιουσίας

Ασφάλιση Επιχείρησης

Πιστεύετε ότι οι προτάσεις μας καλύπτουν τις ανάγκες σας;

---

---

### Πελάτης

Δηλώνω ότι παρέλαβα Ανάλυση των Ασφαλιστικών μου Αναγκών με Αιτιολογημένη Συμβουλή ασφαλιστικής κάλυψης, σύμφωνα με το άρθρο 11 του π.δ.190/2006, τα οποία διάβασα, κατανόησα και δεν έχω αντίρρηση επ' αυτών.

Υπογραφή πελάτη

Αριθμός Ειδικού Μητρώου  
Υπογραφή Συνεργάτη