

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ

(Σύμφωνα με το άρθρο 11 ΠΔ 190/2006 & το άρθρο 5, παρ. 4 της Πράξης 31/2013 της ΤτΕ)

Ημερομηνία:/...../.....

Στοιχεία Πελάτη (Λήπτη της Ασφάλισης):

Όνοματεπώνυμο/Επωνυμία:

Διεύθυνση: Τ.Κ.

Τηλ. Σταθερό: Τηλ. Κινητό: Email:

Επάγγελμα: Ημερομηνία Γέννησης:

ΑΦΜ: ΔΟΥ: ΤΑΜΕΙΟ:

Οικ/κή κατάσταση: ΕΓΓΑΜΟΣ ΑΓΑΜΟΣ ΔΙΑΖ/ΝΟΣ ΑΡΙΘΜ. ΠΑΙΔΙΩΝ

Ασφαλιζόμενος(οι): Ο ΙΔΙΟΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΛΛΟΣ

Εσείς ή/και ο Ασφαλιζόμενος έχετε επενδυτικές ανάγκες και απαιτήσεις ή πρόθεση να αναλάβετε επενδυτικό κίνδυνο; ΝΑΙ ΟΧΙ

Οι οικονομικές σας δυνατότητες σας επιτρέπουν να προχωρήσετε στην σύναψη του ασφαλιστηρίου συμβολαίου για το οποίο ενδιαφέρεστε; ΝΑΙ ΟΧΙ

Ενδιαφέρεστε: α) για ΝΕΑ ασφάλιση β) για Τροποποίηση/Αλλαγή
ασφαλιστηρίου σας στην Εταιρεία με αριθμό:.....

ΟΧΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΣΚΑΦΟΥΣ

ΓΡΑΦΕΙΟΥ/ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΟΔΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

ΑΚΙΝΗΤΟΥ (ΓΕΝΙΚΩΣ) ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΕΦΑΠΑΞ ΕΠΕΝΔΥΣΗΣ

ΠΑΙΔΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ/ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ

ΟΜΑΔΙΚΟΥ ΑΛΛΟΥ

Εταιρεία: Κλάδος: Στοιχεία:

Έχετε άλλο ασφαλιστήριο ο εσείς ή μέλος της οικογένειας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εταιρεία:

.....

..... Κλάδος:

.....

..... Στοιχεία:

.....

.....

Ο Λήπτης της ασφάλισης

**ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 11 Π.Δ. 190/1996 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΑΣ**

Προς τον υποψήφιο για σύναψη ή τροποποίηση ασφαλιστικής σύμβασης

Κ.

1. Ασκώ το επάγγελμα του και ο αριθμός μητρώου μου στο Επαγγελματικό Επιμελητήριοείναι
2. Η διεύθυνση του Επαγγελματικού Επιμελητηρίου είναι στον, στην οδό αρ., ΤΚ, τηλ., fax, email Στο Επιμελητήριο αυτό τηρείται το μητρώο διαμεσολαβούντων και μπορείτε να εξακριβώσετε την επαγγελματική μου ιδιότητα.
3. Δεν έχω άμεση ή έμμεση συμμετοχή σε συγκεκριμένη ασφαλιστική επιχείρηση με ποσοστό που υπερβαίνει το 10% των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου αυτής.
4. Δεν έχει άμεση ή έμμεση συμμετοχή συγκεκριμένη ασφαλιστική επιχείρηση ή μητρική επιχείρηση συγκεκριμένης ασφαλιστικής επιχείρησης που υπερβαίνει το 10% των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου της επιχείρησή μου.
5. Ασφαλισμένοι, αντισυμβαλλόμενοι, δικαιούχοι, ενώσεις καταναλωτών και κάθε ενδιαφερόμενος, μπορεί να υποβάλλει έγγραφη καταγγελία στην Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης της Τράπεζας της Ελλάδος (ΔΕΙΑ), κατά ασφαλιστικού ή ανασφαλιστικού διαμεσολαβητή για πράξεις ή παραλείψεις που συνιστούν παραβιάσεις της κείμενης νομοθεσίας σχετικά με την ασφαλιστική διαμεσολάβηση καθώς και των διατάξεων του Π.Δ. 190/2006 ή αντιβαίνουν στα χρηστά και συναλλακτικά ήθη ή προσκρούουν στην δημόσια τάξη, ιδίως δε για πράξεις και παραλείψεις, που κατά την αιτιολογημένη κρίση της ΔΕΙΑ προς την οποία υποβάλλεται η καταγγελία μπορούν να καταλογισθούν στον καταγγελλόμενο διαμεσολαβητή. Αν τα εμπλεκόμενα μέρη αποδέχονται, η ανωτέρω υπηρεσία μπορεί να παραπέμψει τη διαφορά στον Συνήγορο του Καταναλωτή, χωρίς να περιορίζεται η δυνατότητα των εμπλεκόμενων μερών να προβαίνουν σε εξώδικη επίλυση της διαφοράς, ενώπιον άλλων δικαιοδοτικών οργάνων.
6. Παρέχω συμβουλές βάσει αμερόληπτης ανάλυσης, με βάση την ανάλυση επαρκούς αριθμού ασφαλιστικών συμβάσεων που διατίθενται στην αγορά.
7. Δεν έχω συμβατική υποχρέωση να ασκώ τις δραστηριότητες ασφαλιστικής διαμεσολάβησης αποκλειστικά με μία ή περισσότερες ασφαλιστικές επιχειρήσεις.
8. Η πιστοποίηση γνώσεων που κατέχω μου επιτρέπει τη διανομή ασφαλιστικών προϊόντων με επενδυτικά χαρακτηριστικά.
9. Οι προτάσεις μου και οι προσφορές μου για την σύναψη ασφάλισης βασίζονται στις πληροφορίες που μου δίδετε μέσω του «Εντύπου Αναγκών Πελάτη. (άρθ. 5, παρ. 4 Πράξης 31/30-9-2014 της ΤτΕ), τα δε προσωπικά σας δεδομένα θα τύχουν επεξεργασίας από εμένα ή/και τις ασφαλιστικές εταιρείες με σκοπό την εκπλήρωση των υποχρεώσεών μου για την παροχή των ασφαλιστικών μου συμβουλών (άρθ. 11, παρ. 3 Π.Δ. 190/2006).

.....,/...../.....

Έλαβα γνώση των ανωτέρω και συμφωνώ
Ο υποψήφιος για ασφάλιση

Ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής