INSURANCE NEEDS SURVEY FORM

(pursuant to the Law 4583/2018)

ΕΝΤΥΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ

(σύμφωνα με το Νόμο 4583/2018)

PERSONAL DETAILS

Surname:	Name:
Date of Birth:	ID Number: TIN:
Occupation:	Social Security Fund:
Marital Status:	Single: ☐ Married: ☐ Divorced: ☐ Widowed: ☐

DEPENDANTS

Full name:	Date of Birth:	Sex:
Full name:	Date of Birth:	Sex:
Full name:	Date of Birth:	Sex:
Full name:	Date of Birth:	Sex:
Full name:	Date of Birth:	Sex:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επώνυμο:	Όνομα:
Ημερ. Γέννησης:	Α.Δ.Τ.: Α.Φ.Μ.:
Επάγγελμα:	Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης:
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η: ☐ Έγγαμος/η: ☐ Διαζευγμένος/η: ☐ Χήρος/α: ☐

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

Ονοματεπώνυμο:	Ημερ. Γέννησης:	Φύλο:
Ονοματεπώνυμο:	Ημερ. Γέννησης:	Φύλο:
Ονοματεπώνυμο:	Ημερ. Γέννησης:	Φύλο:
Ονοματεπώνυμο:	Ημερ. Γέννησης:	Φύλο:
Ονοματεπώνυμο:	Ημερ. Γέννησης:	Φύλο:

CONTACT INFORMATION

Telephone:	Mobile:	E- mail:

MAILING ADDRESS

Street:	Number:
City/District:	Post Code:

TABLE OF INSURANCE NEEDS PRIORITY-SETTING

Fill in the following table on the basis of your needs and their importance to you, marking in the middle column from 1 (most important) to 9 (least important) and choosing (x) the desired coverage level.

Priority-setting (1-9)	**Desired Coverage Level**			
	Simple/ compulsory	Extended	Full	None
Family Insurance				
Healthcare Benefits	**Group Health Program**			
Income Protection				
Vehicle Protection	☐	☐	☐	☐
Home/summer house protection	☐	☐	☐	☐
Business protection	☐	☐	☐	☐
Protection against accident	☐	☐	☐	☐
Protection from negligence (Civil Liability)	☐	☐	☐	☐

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Τηλέφωνο:	Κινητό:	E- mail:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Οδός:	Αριθμός:
Πόλη/Περιοχή:	Τ.Κ.:

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα με βάση τις ανάγκες σας και την σπουδαιότητα που έχουν για εσάς, σημειώνοντας στην μεσαία στήλη από το 1 (υψηλότερη) έως το 9 (χαμηλότερη) και επιλέγοντας (Χ) το επιθυμητό επίπεδο κάλυψής τους.

Ιεράρχηση (1 έως 9)	**Επιθυμητή Ασφαλιστική Κάλυψη**			
	Απλή/ Υποχρεωτική	Διευρυμένη	Πλήρης	Καμία
Εξασφάλιση Οικογένειας				
Παροχές Υγείας	**Group Health Program**			
Προστασία Εισοδήματος				
Προστασία Οχήματος	☐	☐	☐	☐
Προστασία Κατοικίας / Εξοχικού	☐	☐	☐	☐
Προστασία Επιχείρησης	☐	☐	☐	☐
Προστασία από ατύχημα	☐	☐	☐	☐
Προστασία από αμέλεια Αστική Ευθύνη)	☐	☐	☐	☐

Necessary data to draw-up an insurance quote based of the above information

Monthly Income	**Monthly Expenses**
From work:	Family expenses:
From property:	Rent/Mortgage Loan:
From investments:	Loans/Credit Cards:
From other source:	Miscellaneous:
Total:	Total:

Is there a family member not covered by a valid social security health program?	Yes ☐ No ☐
Which treatment costs concern you the most?	Visits to doctors /diagnostic ☐ Hospitalization ☐
Are you willing to ensure health services by a personal insurance policy?	Yes ☐ No ☐
Which class of hospital accommodation would you like your policy to offer?	SUITE LUX A B C ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Would you prefer to contribute in the coverage of your health benefits?	Yes ☐ No ☐
Do you have an active health insurance policy?	Yes ☐ No ☐

Απαραίτητα Στοιχεία για την υποβολή προσφοράς ασφαλιστικών καλύψεων με βάση τα ανωτέρω στοιχεία

Μηνιαία Έσοδα	**Μηνιαία Έξοδα**
Από εργασία:	Διαβίωσης οικογένειας:
Από ακίνητα:	Ενοίκιο/Στεγαστικό Δάνειο:
Από επενδύσεις:	Δάνεια/Κάρτες:
Από άλλη πηγή:	Διάφορά Έξοδα:
Σύνολο:	Σύνολο:

Υπάρχει άτομο στην οικογένειά σας που δεν έχει κοινωνική ασφάλιση υγείας σε ισχύ;	Ναι ☐ Όχι ☐
Ποια έξοδα περίθαλψης σας ενδιαφέρουν περισσότερο;	Επισκέψεις σε γιατρούς/ διαγνωστικές ☐ Νοσηλεία ☐
Είστε διατεθειμένος να εξασφαλίσετε υπηρεσίες Υγείας μέσω ενός ατομικού ασφαλιστηρίου;	Ναι ☐ Όχι ☐
Ποια θέση νοσηλείας θα επιθυμούσατε να εξασφαλίσετε από το ασφαλιστήριό σας;	SUITE LUX A B C ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Θα επιθυμούσατε να έχετε συμμετοχή στην κάλυψη παροχών Υγείας;	Ναι ☐ Όχι ☐
Υπάρχει σε ισχύ ασφαλιστήριο συμβόλαιο Υγείας;	Ναι ☐ Όχι ☐

Car/Motorcycle	Vehicle 1	Vehicle 2	Vehicle 3
License plate numbers			
Make/model			
Year of production			
Fiscal horsepower			
Value			
Expiry date of current insurance			
New driver / driver under 23 years of age			

Residence	Main	Holiday
Type of residence	Detached ☐ Apartment ☐	Detached ☐ Apartment ☐
Area (sq.m.)		
Construction year		
Type of construction		
Owner-occupied	Yes ☐ No ☐	Yes ☐ No ☐
Residential mortgage	Yes ☐ No ☐ Amount:	Yes ☐ No ☐ Amount:
Building value		
Household items value		
Expiry date of current insurance		

Αυτοκίνητο/Μηχανή	Όχημα 1	Όχημα 2	Όχημα 3
Αριθμός κυκλοφορίας			
Μάρκα/Μοντέλο			
Έτος κατασκευής			
Φορολογήσιμοι ίπποι			
Αξία			
Ημερομηνία λήξης τρέχουσας ασφάλισης			
Νέος οδηγός / οδηγός κάτω των 23 ετών			

Κατοικία	ΚΥΡΙΑ	ΕΞΟΧΙΚΗ
Είδος κατοικίας	Μονοκατοικία ☐ Διαμέρισμα ☐	Μονοκατοικία ☐ Διαμέρισμα ☐
Εμβαδόν (τ.μ.)		
Έτος κατασκευής		
Είδος κατασκευής		
Ιδιόκτητη	Ναι ☐ Όχι ☐	Ναι ☐ Όχι ☐
Ενυπόθηκο ενδιαφέρον	Ναι ☐ Όχι ☐ Ποσό:	Ναι ☐ Όχι ☐ Ποσό:
Αξία κτιρίου		
Αξία περιεχομένου		
Ημερομηνία Λήξης Τρέχουσας Ασφάλισης		

Business	Main	Holiday
Type of business		
Area (sq.m.)		
Construction year		
Type of construction		
Proprietary	Yes ☐ No ☐	Yes ☐ No ☐
Residential mortgage	Yes ☐ No ☐ Amount:	Yes ☐ No ☐ Amount:
Building value		
Household items value		
Expiry date of current insurance		

Accident Protection (A.P.)	
Personal ☐	Family ☐

Negligence Protection (Civil Liability)	
Personal ☐	Professional ☐
Family ☐	

Επιχείρηση	Main	Holiday
Είδος επιχείρησης		
Εμβαδόν (τ.μ.)		
Έτος κατασκευής		
Είδος κατασκευής		
Ιδιόκτητη	Ναι ☐ Όχι ☐	Ναι ☐ Όχι ☐
Ενυπόθηκο ενδιαφέρον	Ναι ☐ Όχι ☐ Ποσό:	Ναι ☐ Όχι ☐ Ποσό:
Αξία κτιρίου		
Αξία περιεχομένου		
Ημερομηνία Λήξης Τρέχουσας Ασφάλισης		

Προστασία από Ατύχημα (Π.Α.)	
Προσωπική ☐	Οικογενειακή ☐

Προστασία από Αμέλεια (Αστική Ευθύνη)	
Προσωπική ☐	Επαγγελματική ☐
Οικογενειακή ☐	

Insurance Intermediary Statement

On the basis of the above information, that you stated and are recorded in this insurance needs survey form, I shall proceed in collecting insurance quotations and will provide you a justified proposal of insurance coverage.

Client Statement

The particulars provide by me herein are true and accurate and reflect reality, as far as I am able to know and verify.

I acknowledge that the Insurance Intermediary depends on these particulars to evaluate and analyze my insurance needs. Furthermore, I acknowledge that incomplete or false information, provided by myself, may affect the end result of the work and the suggestions of the Insurance Intermediary.

I confirm that I have received from the Insurance Intermediary, a copy of this document and the briefing document “OBLIGATORY NOTIFICATION AS PER LAW 4583/2018 BY YOUR INSURANCE INTERMEDIARY”.

I give my consent for the retaining in a file of my personal data included herein and the disclosure of them to the company, provided these are necessary for the fulfillment of its contractual obligations or to any other state authority upon a relevant application. The company shall modify the aforementioned data upon request by the applicant.

Δήλωση Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

Με βάση τα ως άνω στοιχεία που δηλώσατε και καταγράφηκαν στο παρόν έντυπο αναγκών θα προβώ σε μελέτη ασφάλισης με συγκεκριμένες προσφορές ασφάλισης και θα υποβάλλω αιτιολογημένη πρόταση ασφαλιστικής κάλυψης.

Δήλωση Πελάτη

Τα στοιχεία που δηλών στο παρόν έντυπο είναι αληθινά και ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα στην έκταση που γνωρίζω και μπορώ να ελέγξω.

Αναγνωρίζω ότι ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής βασίζεται στα στοιχεία αυτά για να ερευνήσει και να αναλύσει τις ασφαλιστικές μου ανάγκες. Επίσης, αναγνωρίζω ότι ελλιπή ή ανακριβή στοιχεία μπορεί να επηρεάσουν τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή στην εκτίμηση των αναγκών μου.

Δηλώνω ότι παρέλαβα από τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή αντίγραφο του παρόντος, καθώς και το ενημερωτικό έγγραφο που μου έδωσε, με τίτλο «ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ 4583/2018 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΑΣ».

Συμφωνώ να τηρούνται σε αρχείο τα προσωπικά δεδομένα που περιέχονται στο παρόν έντυπο και να γνωστοποιούνται στην εταιρία όσα είναι απαραίτητα για την τήρηση των συμβατικών της υποχρεώσεων ή σε οποιαδήποτε δημόσια αρχή κατόπιν σχετικού αιτήματός της. Τροποποιήσεις των στοιχείων αυτών γίνονται από την εταιρία, κατόπιν αιτήματος του αιτούντος.

Date ...../...../.....

Client

Full Name

Signature

Insurance Intermediary

Full Name

Signature

Ημερομηνία ...../...../.....

Πελάτης

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή