

## ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι:

1. Ενημερώθηκα από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή για την πιστοποίηση γνώσεων που διαθέτει, με βάση το σχετικό ενημερωτικό έγγραφο που μου έδωσε, με τίτλο «ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 11 Π.Δ. 190/2006 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΑΣ».
2. Τα στοιχεία που δηλώνω στο έντυπο αυτό είναι αληθινά και ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, στην έκταση που γνωρίζω και μπορώ να ελέγξω.
3. Αναγνωρίζω ότι ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής βασίζεται στα στοιχεία αυτά για να ερευνήσει και να αναλύσει της ασφαλιστικές μου ανάγκες. Επίσης, αναγνωρίζω ότι ελλιπή ή ανακριβή στοιχεία μπορεί να επηρεάσουν τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή στην εκτίμηση των αναγκών μου.
4. Ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής μου εξήγησε τους ειδικότερους όρους και κινδύνους του ασφαλιστικού προϊόντος που μου πρότεινε, τους οποίους και κατανόησα. Επίσης, μου διευκρίνισε τους λόγους στους οποίους στήριξε την πρότασή του.
5. Με βάση τα παραπάνω, σχημάτισα άποψη για τις ασφαλιστικές μου ανάγκες και η απόφαση για την υποβολή αίτησης ασφάλισης προς την ασφαλιστική εταιρία γίνεται με δική μου πρωτοβουλία.
6. Δεν επιθυμώ τη διαβίβαση των προσωπικών μου δεδομένων σε οποιονδήποτε τρίτο.

**Πελάτης**

**Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής**

.....

Όνοματεπώνυμο

.....

Όνοματεπώνυμο

.....

Υπογραφή

.....

Υπογραφή



Σας προσέχει...  
Ρωτήστε...

SAEMENS In. Brokers  
tel: +30 210 8834101 e-mail: info@saemens.gr  
www.saemens.gr

## ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οικογενειακή Κατάσταση:  Άγαμος/η  Έγγαμος/η  Διαζευγμένος/η  Χήρος/Χήρα

### Στοιχεία Πελάτη & Συζύγου

	Πελάτης	Σύζυγος
Επώνυμο*	_____	_____
Όνομα*	_____	_____
Ημερ. Γέννησης*	___/___/___	___/___/___
Α.Φ.Μ.*	_____	_____
Επάγγελμα	_____	_____
Κοινωνικό Ταμείο	_____	_____

### Στοιχεία Παιδιών

	Παιδί 1	Παιδί 2	Παιδί 3
Όνομα	_____	_____	_____
Ημερ. Γέννησης	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Φύλο	<input type="checkbox"/> Αγόρι <input type="checkbox"/> Κορίτσι	<input type="checkbox"/> Αγόρι <input type="checkbox"/> Κορίτσι	<input type="checkbox"/> Αγόρι <input type="checkbox"/> Κορίτσι

### Στοιχεία Επικοινωνίας

Οδός & Αριθμός: \_\_\_\_\_ Περιοχή / Πόλη / ΤΚ: \_\_\_\_\_  
Σταθερό Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Κινητό Πελάτη: \_\_\_\_\_ Κινητό Συζύγου: \_\_\_\_\_  
E-mail Πελάτη: \_\_\_\_\_ E-mail Συζύγου: \_\_\_\_\_

### Προτεραιότητες:

Ποιες είναι οι δικές σας προτεραιότητες;

Σημειώστε τη σημασία που έχουν για εσάς, βάζοντας αντίστοιχους αριθμούς από το 1 (υψηλότερη) έως το 10 (χαμηλότερη):

Εξασφάλιση Οικογένειας	_____	Επένδυση διαθέσιμων	_____
Προστασία εισοδήματος	_____	Ασφάλιση αυτοκινήτου / μηχανής	_____
Ασφάλιση υγείας	_____	Ασφάλιση κατοικίας / εξοχικού	_____
Δημιουργία κεφαλαίου σπουδών & επαγγελματικής αποκατάστασης παιδιών	_____	Ασφάλιση επιχείρησης	_____
Συνταξιοδοτική αποταμίευση	_____	Ασφάλιση επαγγελματικής αστικής ευθύνης	_____
		Άλλο _____	

Τα πεδία με \* στα Στοιχεία Πελάτη συμπληρώνονται υποχρεωτικά

**ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ****Αυτοκίνητο / Μηχανή**

	IX1	IX2
Ημερομηνία ανανέωσης	___/___/___	___/___/___
Μάρκα / Μοντέλο	_____	_____
Έτος κατασκευής	_____	_____
Φορολογήσιμοι Ιπποί	_____	_____
Ημ/νία μεταβίβασης (μεταχ/μένα)	___/___/___	___/___/___
Περιοχή κίνησης	_____	_____
Ασφαλιζόμενο κεφάλαιο	€ _____	€ _____
Νέος οδηγός / Οδηγός κάτω των 23 ετών	_____	_____

Πέρα από την υποχρεωτική από το Νόμο κάλυψη Αστικής Ευθύνης επιθυμείτε άλλες συμπληρωματικές καλύψεις (π.χ. Οδική Βοήθεια, Κλοπή, Θραύση Κρυστάλλων κλπ.);  ΝΑΙ  ΟΧΙ

**Κατοικία**

Κατοικία / Εξοχικό	<input type="checkbox"/> Κατοικία <input type="checkbox"/> Εξοχικό	<input type="checkbox"/> Κατοικία <input type="checkbox"/> Εξοχικό
Εμβαδόν	_____ τ.μ.	_____ τ.μ.
Ημ/νία Ανανέωσης	___/___/___	___/___/___
Κατασκευή	<input type="checkbox"/> Τυπική <input type="checkbox"/> Πολυτελής	<input type="checkbox"/> Τυπική <input type="checkbox"/> Πολυτελής
Έτος κατασκευής	_____	_____
Ιδιόκτητο	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

**Σκάφος**

Είδος \_\_\_\_\_ Μήκος \_\_\_\_\_ Ηλικία \_\_\_\_\_ Ημ/νία Ανανέωσης \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Επιχείρηση**

Είδος επιχείρησης	_____	_____
Εμβαδόν	_____ τ.μ.	_____ τ.μ.
Ημ/νία Ανανέωσης	___/___/___	___/___/___

**ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΖΩΗΣ - ΣΥΝΤΑΞΗΣ - ΥΓΕΙΑΣ**

1. Υπάρχει άτομο στην οικογένειά σας που δεν έχει κοινωνική ασφάλιση υγείας;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
2. Συνηθίζετε να κάνετε χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας;	<input type="checkbox"/> Πολύ <input type="checkbox"/> Αρκετά <input type="checkbox"/> Λίγο <input type="checkbox"/> Καθόλου
3. Ποια έξοδα περίθαλψης σας ανησυχούν περισσότερο;	<input type="checkbox"/> Επισκέψεις σε γιατρούς - Διαγνωστικές εξετάσεις <input type="checkbox"/> Νοσηλεία <input type="checkbox"/> Και τα δύο <input type="checkbox"/> Κανένα
4. Έχει εξασφαλίσει υπηρεσίες Άμεσης Ιατρικής Βοήθειας όποτε τις χρειαστείτε;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
5. Έχετε εξασφαλίσει τις σπουδές των παιδιών με ιδιωτικό ασφαλιστήριο	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
6. Έχετε συμπληρωματικό συνταξιοδοτικό ιδιωτικό ασφαλιστήριο;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ



ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΤΣΙΦΤΣΗΣ & Σ<sup>α</sup> Ε.Ε.  
ΜΕΣΙΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
3<sup>ος</sup> ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 56 - ΑΘΗΝΑ  
Τηλ: 210 8834101 Fax: 210 8834990  
ΑΦΜ: 997624536 + ΔΟΥ: Δ' ΑΘΗΝΩΝ  
**SAEMENS Ins. Brokers**  
tel: +30 210 8834101 e-mail: info@saemens.gr  
www.saemens.gr

**ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΡΘΡΟ 11 Π.Δ. 190/2006  
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΑΣ**

**Επαγγελματικά Στοιχεία**

Όνοματεπώνυμο (φυσικό πρόσωπο) ή Επωνυμία (νομικό πρόσωπο):

Διεύθυνση:

**Πιστοποίηση**

- Πιστοποιητικό Γνώσεων Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή Επιπέδου Α, από την Τράπεζα της Ελλάδας
- Πιστοποιητικό Γνώσεων Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή Επιπέδου Δ, από την Τράπεζα της Ελλάδας.
- Πιστοποιητικό Γνώσεων Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή, από το Υπουργείο Ανάπτυξης.
- Η πιστοποίησή μου ως ασφαλιστικός διαμεσολαβητής μου επιτρέπει τη διαμεσολάβηση σε ασφαλιστικά προϊόντα με επενδυτικά χαρακτηριστικά.
- Αριθμός Μητρώου Επιμελητηρίου: \_\_\_\_\_

**Σχέση με ασφαλιστικές εταιρίες**

- Δεν έχω συμμετοχή (άμεση ή έμμεση) στο μετοχικό κεφάλαιο ασφαλιστικής εταιρίας, που να υπερβαίνει το 10% των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου αυτής.
- Δεν υπάρχει στη δραστηριότητά μου συμμετοχή (άμεση ή έμμεση) οποιασδήποτε ασφαλιστικής επιχείρησης ή μητρικής επιχείρησης ασφαλιστικής επιχείρησης, που να υπερβαίνει το 10% των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου μου.

**Δικαιώματα πελατών**

Λήπτης Ασφάλισης, Ασφαλισμένος, Δικαιούχος και Ενώσεις Καταναλωτών έχουν την δυνατότητα να υποβάλλουν έγγραφη καταγγελία στην Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (ΔΕΙΑ) της Τράπεζας της Ελλάδος κατά ασφαλιστικού διαμεσολαβητή για πράξεις ή παραλείψεις που συνιστούν παραβιάσεις της νομοθεσίας για την ασφαλιστική διαμεσολάβηση, καθώς και διατάξεων του Π.Δ. 190/2006 ή αντιβαίνουν στα χρηστά ήθη ή προσκρούουν στη δημόσια τάξη. Η όποια τέτοια διαφορά μπορεί, με αποδοχή των εμπλεκόμενων μερών, να παραπεμφθεί από την Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (ΔΕΙΑ) στην Ανεξάρτητη Αρχή Συνήγορος του Καταναλωτή, χωρίς, με τον τρόπο αυτό να περιορίζεται η δυνατότητα των μερών να προβαίνουν σε εξωδικαστική επίλυση της διαφοράς ενώπιον άλλων δικαιοδοτικών οργάνων.

**Συνεργασία με Ασφαλιστικές Εταιρίες**

Ασκώ την δραστηριότητα της ασφαλιστικής διαμεσολάβησης, βάσει σύμβασης που έχω συνάψει με την SAEMENS Co Μεσιτική Ασφαλίσεων μόνο και δι' αυτής με τις ασφαλιστικές εταιρίες:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΕΓΑ               | <input type="checkbox"/> AIG ΥΠ/ΜΑ ΕΛΛΑΔΟΣ    |
| <input type="checkbox"/> ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΕΕΓΑ                | <input type="checkbox"/> ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ ΑΕΓΑ |
| <input type="checkbox"/> GENERALI HELLAS A.E.                    | <input type="checkbox"/> INTERAMERICAN A.E.   |
| <input type="checkbox"/> PRIME INSURANCE Co L.T.D. ΥΠ/ΜΑ ΕΛΛΑΔΟΣ |   |

και άλλες εταιρίες του ομίλου αυτών.