



ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ

**ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 11 Π.Δ. 190/2006 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΑΣ**



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ:	VITA INSURANCE BROKERS ΜΕΣΙΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΙΚΕ
ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ:	VITA INSURANCE BROKERS
ΕΔΡΑ:	ΦΙΛΕΛΛΗΝΩΝ 9, 18536 ΠΕΙΡΑΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ:	ΦΙΛΕΛΛΗΝΩΝ 9, 18536 ΠΕΙΡΑΙΑΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 2104292020	ΦΑΞ:210429224
EMAIL: info@vita-insurancebrokers.gr	WEB
A.Φ.Μ: 800829115	Δ.Ο.Υ : Γ' ΠΕΙΡΑΙΑ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΜΗ	142335809000

Η Vita Insurance Brokers Μεσίτες Ασφαλίσεων Ι.Κ.Ε δραστηριοποιείται στην Ελλάδα και στο εξωτερικό με αντικείμενο την ασφαλιστική διαμεσολάβηση παρέχοντας ένα ευρύ πλαίσιο ασφαλιστικών υπηρεσιών κυρίως στους τομείς, της ζωής, της υγείας, των ατυχημάτων, της αστικής ευθύνης, των επαγγελματικών κινδύνων και της ενέργειας. Ειδικεύεται στον τομέα της ναυτιλίας και της ασφάλισης ιδιωτικών αεροσκαφών.

Η εταιρεία μας παρέχει συμβουλές βάσει αμερόληπτης ανάλυσης, λόγω **μη αποκλειστικής συνεργασίας ή συμβατικής υποχρέωσης αποκλειστικής συνεργασίας** με μία ή περισσότερες Ασφαλιστικές Εταιρείες.

Λοιπές Γνωστοποιήσεις

Σας ενημερώνουμε πως κάθε Ασφαλισμένος, Αντισυμβαλλόμενος, Δικαιούχος, Ενώσεις Καταναλωτών και κάθε ενδιαφερόμενος μπορεί να υποβάλει έγγραφη καταγγελία στη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης της Τράπεζας της Ελλάδος κατά ασφαλιστικού διαμεσολαβητή, για πράξεις ή παραλείψεις που συνιστούν παραβιάσεις της κείμενης νομοθεσίας σχετικά με την ασφαλιστική διαμεσολάβηση, καθώς και του Π.Δ. 190/2006 (ΦΕΚ Α 196) ή αντιβαίνουν στα χρηστά και συναλλακτικά ήθη ή προσκρούουν στη δημόσια τάξη, ιδίως δε για πράξεις ή παραλείψεις, που κατά την αιτιολογημένη κρίση της Διεύθυνσης Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης προς την οποία υποβάλλεται η καταγγελία, μπορούν να καταλογισθούν στον καταγγελλόμενο διαμεσολαβητή. Αν τα εμπλεκόμενα μέρη το αποδέχονται, η Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης μπορεί να παραπέμψει τη διαφορά στο Συνήγορο του Καταναλωτή ν. 3297/23.12.2004 (ΦΕΚ Α 259), χωρίς να περιορίζεται η δυνατότητα των εμπλεκόμενων μερών να προβαίνουν σε εξώδικη επίλυση της διαφοράς ενώπιον άλλων δικαιοδοτικών οργάνων.

Οι ασφαλιστικές μου ανάγκες σήμερα

Προσωπικά στοιχεία ασφαλιζόμενου

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΧΩΡΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:
ΑΦΜ:	ΔΥΟ:
ΑΔΤ:	ΤΗΛ.(κιν):
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/ΠΕΡΙΟΧΗ:	ΟΔΟΣ&ΑΡΙΘΜΟΣ:
T.K:	ΝΟΜΟΣ:



EMAIL:	ΤΗΛ. (σταθερό):
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	

Προστατευόμενα μέλη

1. ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
2. ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
3. ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
4. ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Το οικογενειακό σας εισόδημα

ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΞΟΔΑ: €	ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΣΟΔΑ: €
ΣΠΙΤΙΟΥ: €	ΜΙΣΘΟΙ: €
ΕΝΟΙΚΙΟ/ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΟ: €	ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΑΠΟ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ: €
ΔΑΝΕΙΑ/ΚΑΡΤΕΣ: €	ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΑΠΟ ΑΚΙΝΗΤΑ: €
ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΞΟΔΑ: €	ΆΛΛΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ: €
ΣΥΝΟΛΟ: €	ΣΥΝΟΛΟ: €
ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΠΟΣΟ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ: €	

Ανάλυση αναγκών

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ

Έχετε σκεφτεί πώς θα αντιμετώπιζε η οικογένειά σας τα προβλήματα που θα προέκυπταν αν δεν υπήρχε το δικό σας εισόδημα;

ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΕΙΣ	ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΕΙΣ	ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ
ΑΚΙΝΗΤΑ	ΆΛΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΤΡΟΠΟ

Ποιο ποσό κρίνετε ότι είναι απαραίτητο για την προστασία της οικογενειά σας, στην παραπάνω περίπτωση;
€

Θέλετε να εξασφαλίσετε αυτό το ποσό; Ναι Όχι

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Πώς αντιμετωπίζετε κόστη όπως: Α' βάρθμιας περίθαλψης (διαγνωστικές εξετάσεις, check up, ιατρικές επισκέψεις κλπ);

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ	ΑΤΟΜΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΆΛΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ
----------------	------------------	------------------	--------------

Έχετε σκεφθεί πως θα αντιμετωπίζατε το κόστος ενός προβλήματος υγείας, που θα απαιτούσε Νοσηλεία;



ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΕΙΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ
ΑΚΙΝΗΤΑ	ΑΛΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΤΡΟΠΟ

Θέλετε να εξασφαλίσετε αυτό το ποσό; Ναι Όχι

ΣΥΝΤΑΞΗ

Έχετε σκεφθεί πώς θα επηρεάσουν τη ζωή σας οι αλλαγές που έχουν προκύψει στις παροχές σύνταξης (Ασφαλιστικό);

Αν Ναι, πως σκέφτεσθε να αναπληρώσετε ή να καλύψετε αυτή τη μείωση;

ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΕΙΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ
ΑΚΙΝΗΤΑ	ΑΛΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΤΡΟΠΟ

Θέλετε να σχεδιάσουμε ένα συμπληρωματικό πρόγραμμα για σας; Ναι Όχι

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

Έχετε εξασφαλίσει το απαραίτητο ποσό για την επαγγελματική αποκατάσταση των παιδιών σας;

ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΕΙΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ
ΑΚΙΝΗΤΑ	ΑΛΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΤΡΟΠΟ

Θέλετε να σχεδιάσουμε ένα ειδικό πρόγραμμα για τα παιδιά σας; Ναι Όχι

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ

Έχετε εξασφαλίσει όλα τα υλικά αγαθά που έχετε αποκτήσει στη ζωή σας (ΚΑΤΟΙΚΙΑ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ, ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΑ);

ΚΑΤΟΙΚΙΑ	ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ	ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ
ΗΜΕΡ. ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ	ΗΜΕΡ. ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ	ΗΜΕΡ. ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ
ΕΙΔΟΣ	ΕΙΔΟΣ	ΚΥΒΙΚΑ (cc)
Τ.Μ	Τ.Μ	1 ^η ΑΔΕΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
ΑΞΙΑ ΚΤΙΡΙΟΥ	ΑΞΙΑ ΚΤΙΡΙΟΥ	ΑΞΙΑ €
ΑΞΙΑ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ	ΑΞΙΑ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ	ΝΕΟΣ ΟΔΗΓΟΣ

ΟΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΣΑΣ (8 ΥΨΗΛΗ– 1 ΧΑΜΗΛΗ)

ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΦΟΡΟΙ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΑΣ
ΣΠΟΥΔΕΣ ΕΠ. ΑΠΟΚ. ΠΑΙΔΙΩΝ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ



ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

Η Vita Insurance Brokers Μεσίτες Ασφαλίσεων Ι.Κ.Ε σας ενημερώνει ότι η συλλογή των προσωπικών σας δεδομένων που γίνεται με τη συμπλήρωση από εσάς 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 δύναται 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 οποιοσδήποτε 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 στην Επωνυμία: Vita Insurance Brokers Μεσίτες Ασφαλίσεων Ι.Κ.Ε , Φιλελλήνων 9, 18536 Πειραιάς, Τηλέφωνο: 210 429 2020, Fax: 210 429 2224 - email: info@vita-insurancebrokers.gr

Ημερομηνία Συνάντησης/...../.....

Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

Υπογραφή Πελάτη

Η ΠΡΟΤΑΣΗ ΜΑΣ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΜΕΝΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Άρθρου 11 παρ.3 Π.Δ. 190/2006

ΟΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΣΑΣ

Σύμφωνα με τα όσα συζητήθηκαν στη συνάντηση που πραγματοποιήσαμε στις/...../..... καταγράφηκαν ως προτεραιότητές σας τα ακόλουθα:

ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ



ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΦΟΡΟΙ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΑΣ
ΣΠΟΥΔΕΣ ΕΠ. ΑΠΟΚ. ΠΑΙΔΙΩΝ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Αιτιολογημένη Συμβουλή Ασφαλιστικής Κάλυψης

Με βάση την αξιολόγηση των ασφαλιστικών σας αναγκών που έγινε εκ μέρους μας και σύμφωνα με τις πληροφορίες που εσείς μας διαθέσατε, σας συστήνουμε την/τις ακόλουθες ασφαλιστικές λύσεις:

ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ:
ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ:
ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΤΑΞΗ ΣΑΣ:
ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ:
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ ΣΑΣ:
ΣΥΝΟΛΟ:

Οι προτεινόμενες ασφαλιστικές καλύψεις ανταποκρίνονται κατά την γνώμη μας δεόντως στις ασφαλιστικές ανάγκες για τους εξής λόγους:

Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

.....

Δήλωση πελάτη

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

Υπογραφή Πελάτη

.....

