

## ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ



### Περιεχόμενα

Στοιχεία Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή.....	2
ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ .....	3
Οικονομικά στοιχεία .....	4
Ιεράρχηση προσωπικών αναγκών .....	4
Αιτιολογημένη ασφαλιστική πρόταση.....	5
Δήλωση για τα προσωπικά δεδομένα .....	5
Δήλωση παραλαβής.....	5

Ευχαριστούμε που επιλέξατε το γραφείο μας

**CITI Α.Ε.** για την ασφάλισή σας

Ανδρέα Παπανδρέου 47 Κοζάνη Τήλε: 2461036966 [www.Poutas.gr](http://www.Poutas.gr)

## Προς τον/την υποψήφιο πελάτη:

### 1) Στοιχεία Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

**CITI Α.Ε.** Οδικών & Ασφαλιστικών Υπηρεσιών

ΑΦΜ: 801117287 Ανδρέα Παπανδρέου 47 Κοζάνη

Τηλ: 2461036966 E: info@Pousat.gr

Επιμελητήριο Ν. Θεσσαλονίκης με αρ. Μητρώου 140249

### 2) Ιδιότητα Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή Ασφαλιστικός Πράκτορας

### 3) Φύση Αμοιβής σε σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης

Προμήθεια που περιλαμβάνεται στο  
ασφάλιστρο.

### 4) Συνεργασίες

Interamerican, Generali, Ergo, InterLife,  
Persona

### 5) Δραστηριότητα Ασφαλιστικής Διαμεσολάβησης (ως άρθρο 11, παρ. 4 ΠΔ 190/2006)

1. Πιστοποιητικό Γνώσεων Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή  
Επιπέδου **Α'** από την Τράπεζα της Ελλάδος
2. Πιστοποιητικό Γνώσεων Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή  
Επιπέδου **Δ'** από την Τράπεζα της Ελλάδος
3. Πιστοποίηση που επιτρέπει τη διαμεσολάβηση σε  
ασφαλιστικά προϊόντα με επενδυτικό χαρακτήρα

### 6) Λοιπές πληροφορίες: Σχέση με Ασφαλιστικές Εταιρείες

Α) **ΔΕΝ** συμμετέχω (άμεσα ή έμμεσα) σε ποσοστό >10% σε ψήφους ή σε μετοχικό κεφάλαιο ασφαλιστικής επιχείρησης

Β) **ΔΕΝ** υφίσταται συμμετοχή συγκεκριμένης ασφαλιστικής επιχείρησης ή μητρικής της (άμεσα ή έμμεσα) σε ποσοστό >10% σε ψήφους ή σε μετοχικό κεφάλαιο στην επιχείρηση μου που ασκεί δραστηριότητες ασφαλιστικής διαμεσολάβησης

Γ) **Παρέχω συμβουλές βάσει αμερόληπτης ανάλυσης** (άρθρο 11, παρ. 2 ΠΔ 190/2006) λόγω **μη** αποκλειστικής συνεργασίας με μία ή περισσότερες Ασφαλιστικές Εταιρείες

Δ) **ΔΕΝ** υπάρχει συμβατική μου υποχρέωση **ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗΣ** συνεργασίας με μία ή περισσότερες εταιρείες

Ε) **Έχω** τη δυνατότητα διανομής ασφαλιστικών προϊόντων με επενδυτικά χαρακτηριστικά

ΣΤ) **Διαθέτω** πιστοποίηση γνώσεων για διανομή ασφαλιστικών προϊόντων με επενδυτικά χαρακτηριστικά

### 7) Λοιπές γνωστοποιήσεις στον Πελάτη: Δικαιώματα Πελατών

Ασφαλισμένοι, αντισυμβαλλόμενοι, δικαιούχοι και λοιποί ενδιαφερόμενοι, μπορούν να υποβάλλουν καταγγελία κατά του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή στη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (Δ.Ε.Ι.Α.) για πράξεις ή παραλείψεις που συνιστούν παραβίαση της κείμενης νομοθεσίας σχετικά με την ασφαλιστική διαμεσολάβηση, καθώς και για πράξεις που αντιβαίνουν στα χρηστά συναλλακτικά διαμεσολαβητή. Οι σχετικές κυρώσεις που προβλέπονται στο άρθρο 12 του Π.Δ. 298/1986, επιβάλλονται κατόπιν έρευνας της Διεύθυνσης Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (Δ.Ε.Ι.Α) και ακρόασης του καταγγελλόμενου ασφαλιστικού διαμεσολαβητή, τόσο για τη βασιμότητά τους όσο και για την επάρκεια των εξηγήσεων εκ μέρους του διαμεσολαβητή. Η Δ.Ε.Ι.Α. παρέχει εντός εύλογου χρονικού διαστήματος αιτιολογημένη απάντηση προς τον καταγγέλλοντα. Τέλος αν τα εμπλεκόμενα μέρη το αποδέχονται, μπορεί η Δ.Ε.Ι.Α. να παραπέμψει τη διαφορά στο Συνήγορο του Καταναλωτή (ν. 3297 / 23-12-2004) χωρίς να περιορίζεται η εξώδικη επίλυση της διαφοράς ενώπιον και άλλων δικαιοδοτικών οργάνων.

Έλαβα γνώση των ανωτέρω στοιχείων

Ο Πελάτης

(Υπογραφή)

**Πούτας Χαράλαμπος**

Ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής

(Υπογραφή)

## ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΕΛΑΤΗ

Σύμφωνα με το άρθρο 30 του ν. 4583/2018

### Προσωπικά στοιχεία

Επώνυμο

Όνομα

Πατρώνυμο

Ημ. Γέννησης

Α.Φ.Μ. & Δ.Ο.Υ.

Επάγγελμα

### Στοιχεία Επικοινωνίας

Διεύθυνση (οδός & αρ.)

Πόλη

ΤΚ

Τρόπος επικοινωνίας

Επικοινωνία

### Στοιχεία προστατευόμενων μελών

Σύζυγος

Επώνυμο

Όνομα

Πατρώνυμο

Ημ. Γέννησης

Α.Φ.Μ. & Δ.Ο.Υ.

Επάγγελμα

### Στοιχεία παιδιών

Επώνυμο

Όνομα

Ημ. Γέννησης

Φύλο

### Ερωτήσεις

1) Γνωρίζετε τις ασφαλιστικές σας ανάγκες;

Ναι  Όχι

2) Επιθυμείτε να μας δώσετε στοιχεία τα οποία θα χρησιμοποιηθούν

για εκπόνηση μελέτης ασφαλιστικών αναγκών για εσάς, την  
οικογένειά σας και την περιουσία σας;

Ναι  Όχι

## Στάδια που θα ακολουθήσουν την συζήτηση μας

1. Αποτύπωση οικονομικών στοιχείων της παρούσας κατάστασης σας
2. Ιεράρχηση και διαπίστωση πιθανών κενών μεταξύ παρούσας και επιθυμητής κατάστασης
3. Απόφαση για τις επόμενες ενέργειες

### Οικονομικά στοιχεία (Παρακαλώ να απαντηθούν οι κάτωθι ερωτήσεις)

#### Ταμείο

➤ Κοινωνικής ασφάλισης: Ιδιωτική ασφάλεια

#### Έσοδα:

➤ Από εργασία: Από συζύγου: Από άλλη πηγή:

#### Δάνεια

➤ Επιλέξτε τράπεζα: Είδος δανείου: Ποσό €.....

#### Επενδύσεις:

➤ Είδος: Ποσό €.....

### Ιεράρχηση προσωπικών Ασφαλιστικών Αναγκών

Από τις πιο κάτω αναγραφόμενες ασφαλιστικές ανάγκες,

σημειώστε με Ναι  ή Όχι  εκείνες που σας ενδιαφέρουν:

- Οικονομική προστασία της οικογένειάς σας σε περίπτωση θανάτου  Ναι  Όχι
- Αναπλήρωση / προστασία του εισοδήματός σας από εργασία  Ναι  Όχι
- Δημιουργία κεφαλαίου ή συμπληρωματική σύνταξη  Ναι  Όχι
- Οικονομική προστασία σε περίπτωση εξόδων για προβλήματα υγείας σας ή μελών της οικογένειάς σας  Ναι  Όχι
- Δημιουργία κεφαλαίου, σπουδές / επαγγελματική αποκατάσταση παιδιών  Ναι  Όχι

### Ιεράρχηση Ασφαλιστικών Αναγκών Περιουσίας

Από τις πιο κάτω αναγραφόμενες ασφαλιστικές ανάγκες περιουσίας,

σημειώσατε εκείνες που σας ενδιαφέρουν:

- Αυτοκινούμενο χερσαίο οχήματος Πείτε μας την αξία €.....
- Κατοικίας Πείτε μας την κατασκευαστική αξία €.....
- Επαγγελματικού χώρου Ασφαλιζόμενη αξία €.....
- Επαγγελματικής σας δραστηριότητας  
(π.χ. ασφάλιση επαγγελματικής αστικής ευθύνης, ασφάλιση μεταφορών) Ασφαλιζόμενη αξία €.....
- Θαλάσσιο σκάφος Ασφαλιζόμενη αξία €.....

## Αιτιολογημένη ασφαλιστική πρόταση

Με βάση τις πληροφορίες που μας χορηγήσατε, θα σας προτείνουμε τις παρακάτω παροχές για την κάλυψη των ασφαλιστικών σας αναγκών.

Η πρότασή μας ανταποκρίνεται στις ασφαλιστικές σας ανάγκες για τους παρακάτω λόγους:

### Εσείς επιλέξατε:

➤ Εσείς επιλέξατε: : \_\_\_\_\_ για το λόγο: \_\_\_\_\_

### Η πρόταση μας

➤ Σας προτείνουμε: \_\_\_\_\_

### Αιτιολόγηση:

➤ Για το λόγο: \_\_\_\_\_

### Σημειώσεις:

\_\_\_\_\_

## Δήλωση για τα Προσωπικά Δεδομένα (GDPR)

Ο ασφαλιστικός σας διαμεσολαβητής **Πούτας Χαράλαμπος**, δηλώνω ότι η συλλογή των προσωπικών σας δεδομένων που περιλαμβάνονται στο παρόν ενημερωτικό «Έντυπο Αναγκών» σας, καθώς και η ακόλουθη επεξεργασία αυτών που θα λάβει χώρα από εμένα, αποσκοπεί στην εκπλήρωση της υποχρέωσής μου βάσει του νόμου 4583/2018 να διευκρινίσω τις ασφαλιστικές σας απαιτήσεις και ανάγκες βάσει των πληροφοριών που μου παρέχετε, ώστε να προσδιορίσω τους λόγους στους οποίους βασίζονται οι ασφαλιστικές συμβουλές που θα σας παράσχω πριν τη σύναψη οποιασδήποτε ασφαλιστικής σύμβασης.

## Δήλωση παραλαβής (IDD)

Δηλώνω ότι παρέλαβα από τον **Πούτα Χαράλαμπος**, ασφαλιστικό διαμεσολαβητή, το έντυπο πληροφοριών ασφαλιστικής διαμεσολάβησης, το έντυπο με την ανάλυση των ασφαλιστικών μου αναγκών και την αιτιολογημένη ασφαλιστική πρόταση. Δηλώνω ότι αφού τα διάβασα, τα κατανόησα και τα αποδέχθηκα πλήρως, χωρίς να έχω οποιαδήποτε αντίρρηση.  Ναι  Όχι

Υποψήφιος για Ασφάλιση

(ονοματεπώνυμο & υπογραφή)

Υπογραφή

\_\_\_\_\_

Ημερομηνία: