

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΗ

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Ημ.Γέννησης: \_\_\_\_\_

Α.Φ.Μ.: \_\_\_\_\_ Επάγγελμα: \_\_\_\_\_ Ταμείο Ασφάλισης: \_\_\_\_\_

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Διεύθυνση Κατοικίας: \_\_\_\_\_ Τηλ: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση Εργασίας: \_\_\_\_\_ Τηλ: \_\_\_\_\_

Κιν: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΟΥ

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Ημ. Γέννησης: .../.../... Συγγένεια: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Ημ. Γέννησης: .../.../... Συγγένεια: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Ημ. Γέννησης: .../.../... Συγγένεια: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Ημ. Γέννησης: .../.../... Συγγένεια: \_\_\_\_\_

ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΟΥ

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

<i>Μέλλον</i>		<i>Παρόν</i>	
Σύνταξη		Προστασία ζωής	
Σπουδές παιδιών		Προστασία εισοδήματος	
Επένδυση		Ασφάλιση υγείας	
Άλλο		Αυτοκίνητο	
		Κατοικία	
		Επιχείρηση	

ΣΥΝΤΑΞΗ - ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ

Σκοπός αποταμίευσης <sup>1</sup>	Όνομα	Ηλικία	Διάρκεια αποταμίευσης	Απαιτούμενο κεφάλαιο <sup>2</sup>

<sup>1</sup> π.χ. για σύνταξη, επένδυση διαθέσιμων κεφαλαίων, μελλοντικές σπουδές ή επαγγελματική αποκατάσταση παιδιών, μελλοντική αγορά ενός περιουσιακού στοιχείου, κεφάλαιο γενικής χρήσης κλπ.

<sup>2</sup> είτε εφάπαξ ποσό με σημερινή αξία, είτε μηνιαίο ποσό σύνταξη με σημερινή αξία

ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ

Χρονικός Ορίζοντας

1. Πόσα χρόνια σκοπεύετε να επενδύσετε τα χρήματά σας;  
.. έως 5 έτη <sup>(1)</sup> 5 έως 10 έτη <sup>(6)</sup> πάνω από 10 έτη <sup>(10)</sup>

2. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εξαγοράσετε σημαντικό μέρος του κεφαλαίου σας μέσα στα πρώτα 5 χρόνια;  
ΝΑΙ <sup>(1)</sup> ΟΧΙ <sup>(3)</sup>

3. Σε ποιο βαθμό τα έσοδά σας καλύπτουν τα έξοδά σας;  
 Ικανοποιητικά<sup>(4)</sup> . Οριακά<sup>(2)</sup> Δεν καλύπτουν<sup>(1)</sup>
4. Τι ποσοστό των αποταμιεύσεων σας αντιπροσωπεύει αυτή η επένδυση;  
 Κάτω από 25%<sup>(4)</sup> 25% με 50%<sup>(3)</sup> Πάνω από 50%<sup>(1)</sup>

Αποδοχή Ρίσκου

5. Ποια από τις παρακάτω επενδύσεις θα επιλέγατε;

	Μέση Ετήσια Απόδοση	Χαμηλότερη Απόδοση Έτους	Υψηλότερη Απόδοση Έτους	
Επένδυση Α	3,9%	-2%	15%	(1)
Επένδυση Β	5,2%	-7%	15%	(4)
Επένδυση Γ	6,5%	-15%	22%	(8)
Επένδυση Δ	8,4%	-31%	38%	(10)

6. Ποια είναι η πιθανότητα να ρευστοποιήσετε την επένδυσή σας, εάν η τρέχουσα αξία της μέσα σε ένα μήνα μειωνόταν κατά 15%;  
 Μεγάλη πιθανότητα<sup>(1)</sup> Μικρή πιθανότητα<sup>(2)</sup> Καμία<sup>(4)</sup>
7. Ποια η πιθανότητα να επενδύσετε τα χρήματά σας ακολουθώντας μαζικές κινήσεις της αγοράς ή συστάσεις μη ειδικών;  
 Μεγάλη πιθανότητα<sup>(1)</sup> Μικρή πιθανότητα<sup>(2)</sup> Καμία<sup>(1)</sup>

Επενδυτικές γνώσεις και εμπειρία

8. Πόσο καλά γνωρίζετε τις ομολογιακές επενδύσεις;  
 Πολύ καλά<sup>(3)</sup> Αρκετά καλά<sup>(2)</sup> Λίγο ή καθόλου<sup>(1)</sup>
9. Πώς θα χαρακτηρίζατε την επενδυτική σας εμπειρία συνολικά (ομολογιακές ή και μετοχικές τοποθετήσεις) έως σήμερα;  
 Θετική<sup>(4)</sup> Ουδέτερη<sup>(2)</sup> Αρνητική<sup>(1)</sup> Δεν έχω εμπειρία<sup>(1)</sup>

ΣΥΝΟΛΟ \_\_\_\_\_

Επενδυτικά Προφίλ

ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΤΙΚΟ	ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΟ	ΙΣΟΡΡΟΠΗΜΕΝΟ	ΕΠΙΘΕΤΙΚΟ
(10-17) <input type="checkbox"/>	(18-24) <input type="checkbox"/>	(25-34) <input type="checkbox"/>	(35-50) <input type="checkbox"/>

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΖΩΗΣ

Δαπάνες	€	Διαθέσιμα Κεφάλαια	€
Ετήσια έξοδα διαβίωσης (π.χ. λογαριασμοί, ενοίκιο, ένδυση, μετακίνηση κλπ)		Ετήσια εισοδήματα οικογένειας (μισθός, σύνταξη, ενοίκια κλπ)	
Υπόλοιπα δανείων (στεγαστικών, καταναλωτικών, πιστωτικών καρτών κλπ)		Σύνολο καταθέσεων & επενδύσεων	
Κεφάλαιο για τα παιδιά (σπουδές, επαγγελματική αποκατάσταση κλπ)		Υπάρχουσα ασφάλεια ζωής (κεφάλαιο)	
Άλλα		Άλλα	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	

Απαιτούμενο Κεφ. Ασφ. Ζωής: Συν. Δαπ. – Συν. Διαθ. Κεφ.: \_\_\_\_\_ €

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

Μηνιαίες Δαπάνες	€	Διαθέσιμα Κεφάλαια	€
Ετήσια έξοδα διαβίωσης (π.χ. λογαριασμοί, ενοίκιο, ένδυση, μετακίνηση κλπ)		Εισοδήματα οικογένειας (μισθός, σύνταξη, ενοίκια κλπ)	

Δόσεις δανείων		Έσοδα από καταθέσεις & επενδύσεις	
Άλλα		Άλλα	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	

Απαιτούμενο Κεφ. Ασφ. Εισοδήματος: Συν. Μην. Δαπ. – Συν. Μην. Διαθ. Κεφ. = \_\_\_\_\_ €

**ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Υπάρχει άτομο στην οικογένεια σας που δεν έχει κοινωνική ασφάλιση υγείας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Συνηθίζεται να κάνετε χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας;	Πολύ <input type="checkbox"/>	Αρκετά <input type="checkbox"/>
Ποια έξοδα περίθαλψης σας ανησυχούν περισσότερο;	Λίγο <input type="checkbox"/>	Καθόλου <input type="checkbox"/>
Έχετε εξασφαλίσει υπηρεσίες Άμεσης Ιατρικής Βοήθειας όποτε τις χρειαστείτε;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
	Ιατρικές επισκέψεις- Διαγν.Εξετάσεις <input type="checkbox"/>	
	Νοσηλεία <input type="checkbox"/>	Και τα δύο <input type="checkbox"/>

**ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ**

Αυτοκίνητο/Μηχανή		
	ΙΧ1	ΙΧ2
Μάρκα/Μοντέλο		
Έτος κατασκευής		
Φορολογήσιμοι ίπποι		
Περιοχή κίνησης		
Ασφαλιζόμενο κεφάλαιο		
Ημ. Ανανέωσης		
Νέος οδηγός/Οδηγός κάτω των 23 ετών	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Πέρα από την υποχρεωτική από το Νόμο κάλυψη Αστικής Ευθύνης επιθυμείτε άλλες συμπληρωματικές καλύψεις (π.χ. Οδική Βοήθεια, Κλοπή, Θραύση Κρυστάλλων κλπ.); ΝΑΙ <input checked="" type="radio"/> ΟΧΙ <input type="radio"/>		
Κατοικία		
Εμβαδόν		
Έτος κατασκευής		
Ιδιόκτητο		
Ημ. Ανανέωσης		
Επιχείρηση		
Είδος επιχείρησης		
Εμβαδόν		
Ημ. Ανανέωσης		

**Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Έξοδα διαβίωσης: \_\_\_\_\_

Δάνεια σε ισχύ: \_\_\_\_\_

Μηνιαία αποταμίευση: \_\_\_\_\_

Ακίνητη περιουσία: \_\_\_\_\_

Φορολογικός συντελεστής: \_\_\_\_\_

1) Ονοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

Τηλ: \_\_\_\_\_ Επάγγελμα: \_\_\_\_\_ Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Παρατηρήσεις / Αιτιολογημένη πρόταση:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Δηλώνω ότι:

- 1) Ενημερώθηκα από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή για την πιστοποίηση των 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 τις ασφαλιστικές μου ανάγκες. Επίσης, αναγνωρίζω ότι ελλιπή ή ανακριβή στοιχεία μπορεί να επηρεάσουν τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή στην εκτίμηση των αναγκών.
- 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 πρόταση 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.

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ)  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΕΚΔΠΧ)**

Με την ιδιότητά μου ως Πελάτης, δηλώνω ότι:

- Διάβασα την “Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων” που είναι αναρτημένη στον ιστότοπο της εταιρίας [www.megagency.gr](http://www.megagency.gr).
- Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΠΔΧ, που πραγματοποιεί η Megagency Ασφαλιστικοί Σύμβουλοι ΑΕ
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης).
- Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στην παραπάνω εταιρία για τα εξής:
  1. Για την επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΔΠΧ που περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο διερεύνησης αναγκών, καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της εταιρίας στο μέλλον και έχουν σχέση με τη σύμβαση ασφάλισης που αιτούμαι, καθώς και με τη λειτουργία της.
  2. Για την τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω δεδομένα σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή.

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΔΠΧ)  
για Εμπορικούς / Προωθητικούς / Ερευνητικούς Σκοπούς**

Με την ιδιότητά μου ως Πελάτης, δηλώνω ότι:

- Διάβασα την “Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων” που είναι αναρτημένη στον ιστότοπο της εταιρίας [www.megagency.gr](http://www.megagency.gr).
- Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των ΔΠΧ και ΕΚΠΔΧ, που πραγματοποιεί η Megagency Ασφαλιστικοί Σύμβουλοι ΑΕ για εμπορικούς, προωθητικούς και ερευνητικούς σκοπούς.
- Ενημερώθηκα για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης).

Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

ΔΕΝ Παρέχω τη συγκατάθεσή μου

σύμφωνα με το Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679, στην παραπάνω εταιρία, για την επεξεργασία των ΔΠΧ που περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο διερεύνησης αναγκών, για εμπορικούς, προωθητικούς και ερευνητικούς σκοπούς, καθώς και για την τήρηση σχετικού αρχείου.

Τόπος: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**Ο πελάτης**

**Ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής**

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ **4**

Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Υπογραφή: \_\_\_\_\_