

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ
ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ****ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΤΑΙΡΙΑΣ**

1. Επωνυμία Επιχείρησης: _____

2. Νομικό Πρόσωπο Επιχείρησης: _____

- Ατομική Επιχείρηση Ομόρρυθμη Εταιρία Ετερόρρυθμη Εταιρία
 Εταιρία Περιορισμένης Ευθύνης Ανώνυμη Εταιρία Κοινοπραξία
 Άλλο. Περιγράψτε: _____
 Συνέταιροι: _____

3. Έτος Ίδρυσης Εταιρίας: _____ Α.Φ.Μ. _____ Δ.Ο.Υ. _____

4. Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Οδός & Αριθμός: _____ Περιοχή/Πόλη/ΤΚ: _____

Έδρα Επιχείρησης:

Οδός & Αριθμός: _____ Περιοχή/Πόλη/ΤΚ: _____

5. Στοιχεία Επικοινωνίας

Όνοματεπώνυμο υπευθύνου: _____ Θέση υπευθύνου: _____

Τηλέφωνο: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Ηλεκτρονική Σελίδα: _____

6. Δραστηριότητες Επιχείρησης:

- Εμπορική Επιχείρηση Βιομηχανία/Βιοτεχνία Παροχή Υπηρεσιών
 Χρηματοοικονομικός Οργανισμός Τομέας της Υγείας Δημόσιος τομέας
(νοσοκομεία, κλινικές, εργαστήρια κλπ.)

Άλλο. Περιγράψτε: _____

7. Αριθμός Υπαλλήλων (Θέση εργασίας - ειδικότητες):

Στελέχη _____ Υπάλληλοι Γραφείου _____ Εργατοϋπαλληλικό Προσωπικό _____

8. Ετήσιος Κύκλος Εργασιών: _____

9. Υπάρχουν θυγατρικές εταιρίες; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

1. Προστασία Προσωπικού

Θα επιθυμούσατε να προστατέψετε τους εργαζομένους σας με ασφαλιστικά προγράμματα:

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Απώλεια ζωής | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 2. Απώλεια εισοδήματος | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 3. Υγείας | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 4. Σύνταξης | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 5. Αμεσης Ιατρικής βοήθειας | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |

Υπάρχει ασφαλιστήριο συμβόλαιο σε ισχύ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, σε ποια εταιρία; _____

Για ποια κάλυψη; _____ Πότε λήγει; _____

2. Προστασία των περιουσιακών στοιχείων της επιχείρησης

Θα επιθυμούσατε να διασφαλίσετε τα περιουσιακά στοιχεία της επιχείρησής σας από τυχόν ζημιογόνα συμβάντα ή γεγονότα;

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Κτιριακές εγκαταστάσεις | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 2. Περιεχόμενο | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 3. Ηλεκτρονικός Εξοπλισμός | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 4. Μηχανολογικός Εξοπλισμός | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 5. Ηλεκτρικές συσκευές/Ηλεκτρολογικές εγκαταστάσεις | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 6. Εμπορεύματα / Πρώτες ύλες | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 7. Υπό ανέγερση κτιριακές εγκαταστάσεις | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 8. Διακοπή λειτουργίας της επιχείρησης | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 9. _____ | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 10. _____ | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |

Υπάρχει ασφαλιστήριο συμβόλαιο σε ισχύ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, σε ποια εταιρία; _____

Για ποια κάλυψη; _____ Πότε λήγει; _____

3. Επαγγελματικά Οχήματα (Στόλος)

ΤΥΠΟΣ ΟΧΗΜΑΤΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΟΧΗΜΑΤΩΝ

- | | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Επιβατικά ΙΧ | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Φορτηγά ΙΧ | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Μηχανήματα Έργου | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Μοτό | <input type="text"/> |

Υπάρχει ασφαλιστήριο συμβόλαιο σε ισχύ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, σε ποια εταιρία; _____

Για ποια κάλυψη; _____ Πότε λήγει; _____

4. Ευθύνες της επιχείρησης ανέναντι σε τρίτους

Με ποιον τρόπο θα διασφαλιζατε την ευθύνη της επιχείρησής σας στις παρακάτω περιπτώσεις;

	Ασφάλιση	Κεφάλαια	Δάνειο	Άλλο
1. Γενική Αστική Ευθύνη Απαιτήσεις από τρίτους, λόγω ευθυνών που προκύπτουν από τη λειτουργία της επιχείρησής σας και των εγκαταστάσεών σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Επαγγελματική Αστική Ευθύνη Απαιτήσεις από τρίτους, λόγω ευθυνών που προκύπτουν από την εξάσκηση της επαγγελματικής σας δραστηριότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Διοικητική Ευθύνη Στελεχών (D&O) Απαιτήσεις εναντίον μελών του Δ.Σ., στελεχών, διευθυντών της εταιρίας, αλλά και της ίδιας της εταιρίας σας, οι οποίες μπορούν να προκύψουν εναντίον τους λόγω λαθών ή/και παραλείψεων κατά την άσκηση των διοικητικών καθηκόντων τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Εργοδοτική Αστική Ευθύνη Αν ένα ατύχημα επιφέρει σωματικές βλάβες ή/και θάνατο σε εργαζόμενο στην επιχείρησή σας κατά τη διάρκεια της εργασίας του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Περιβαλλοντική Αστική Ευθύνη Απαιτήσεις από τρίτους, λόγω ευθυνών που προκύπτουν από τυχόν παράβαση της περιβαλλοντικής νομοθεσίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Διαδικτυακοί κίνδυνοι (Cyber Risk) Απώλεια ή διαρροή προσωπικών ή/και εταιρικών δεδομένων των πελατών σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Αστική Ευθύνη Προϊόντος Απαιτήσεις από τρίτους από την διάθεση των προϊόντων της εταιρίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Υπάρχει ασφαλιστήριο συμβόλαιο σε ισχύ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, σε ποια εταιρία; _____

Για ποια κάλυψη; _____ Πότε λήγει; _____

5. Άλλες ανάγκες

Με ποιον τρόπο θα διασφαλιζατε την επιχείρησή σας από κινδύνους σχετικά με:

	Ασφάλιση	Κεφάλαια	Δάνειο	Άλλο
1. Μεταφορά και αποθήκευση εμπορευμάτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Συναλλαγές επί πιστώσει / έλλειψη φερεγγυότητας πελατών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Χρηματικές απώλειες λόγω διάρρηξης, ληστείας ή απιστίας υπαλλήλων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Υπάρχει ασφαλιστήριο συμβόλαιο σε ισχύ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, σε ποια εταιρία; _____

Για ποια κάλυψη; _____ Πότε λήγει; _____

6. Υπάρχει κάποια άλλη ασφαλιστική ανάγκη που θα επιθυμούσατε να καλύψετε;

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

Παρακαλούμε δηλώστε την ιεράρχηση των αναγκών σας, από 1 (πιο σημαντική) έως 13 (λιγότερο σημαντική)

- Προστασία Προσωπικού _____
- Προστασία των περιουσιακών στοιχείων της Επιχείρησης _____
- Επαγγελματικά Οχήματα (Στόλος) _____
- Γενική Αστική Ευθύνη _____
- Επαγγελματική Αστική Ευθύνη _____
- Διοικητική Ευθύνη στελεχών _____
- Εργοδοτική Αστική Ευθύνη _____
- Περιβαλλοντική Αστική Ευθύνη _____
- Διαδικτυακοί Κίνδυνοι _____
- Αστική Ευθύνη Προϊόντος _____
- Μεταφορά Εμπορευμάτων _____
- Πιστώσεις _____
- Προστασία έναντι Χρηματικών Απωλειών _____

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΕΛΑΤΗ - ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι παρέλαβα το έντυπο αναγκών που συμπληρώθηκε, στο οποίο δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία του αναπαρρέκονται στην πραγματικότητα και αναγνωρίζω ότι με βάση αυτά, ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής θα ερευνήσει και θα αναλύσει τις ασφαλιστικές μου ανάγκες. Επίσης αναγνωρίζω ότι ελλιπή ή ανακριβή στοιχεία, μπορεί να επηρεάσουν τον Ασφαλιστικό Διαμεσολαβητή στην εκτίμηση των αναγκών μου.

Ημερομηνία

Πελάτης

.....
Όνοματεπώνυμο

.....
Υπογραφή

Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής

.....
Όνοματεπώνυμο

.....
Υπογραφή