CNP CYPRIALIFE

Λεωφ. Ακροπόλεως 17
2006 Στρόβολος
Λευκωσία
Τηλ.: 22 363495 • Φαξ: 22 363400

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΠΕΛΑΤΗ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΞΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ

DETAILS OF PROSPECTIVE CLIENT FOR THE PROPOSAL OF AN INSURANCE PLAN AND ISSUING OF QUOTATION

Α. ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
BASIC DETAILS

Νομική Επωνυμία Εταιρείας/Οργανισμού/Συνδέσμου
Legal Name of the Company/Organisation/Association

Είδος Επιχείρησης
Type of Business

Διεύθυνση
Address
Δήμος/Κοινότητα
Municipality/Community
Ταχ. Κωδ.
Post Code
Ηλεκτρονική Διεύθυνση (e-mail)
E-mail address

Τηλέφωνο
Telephone

Φαξ
Fax

Ονοματεπώνυμο Αρμοδίου
Name of person responsible
Θέση Αρμοδίου
Position of person responsible

Κινητό τηλέφωνο
Mobile Tel. No.

Σύνολο Εργοδοτούμενων
Total number of Employees

Αρ. Εργοδοτουμένων που ασφαλίζονται
No. of Employees to be insured
Αρ. Εξαρτωμένων που ασφαλίζονται
No. of Dependants to be insured

Επισυνάπτεται Κατάσταση Ασφαλιζομένων Μελών
Enclosed list of members to be insured

☐ **ΝΑΙ** (YES) ☐ **ΟΧΙ** (NO)

Β. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
OTHER INFORMATION

1. Έχετε υποβάλει στο παρελθόν αίτηση για έκδοση προσφοράς; Αν ναι, αναφέρεται ημερομηνία.
Have you submitted an application for a quotation in the past? If yes, please state the date.

2. Είσαστε υφιστάμενος πελάτης της CNP CYPRIALIFE ή υπήρξατε στο παρελθόν πελάτης με Ομαδικό Συμβόλαιο; Αν ναι, αναφέρετε αριθμό και ημερομηνία έναρξης του Συμβολαίου.
Are you currently a client of CNP CYPRIALIFE or have you held a Group Insurance Policy in the past? If yes, please state Policy no. and date of commencement.

3. Έχετε τώρα υφιστάμενο Συμβόλαιο με άλλη Ασφαλιστική Εταιρεία; Αν ναι, αναφέρετε το όνομα της Ασφαλιστικής Εταιρείας και πότε λήγει το Συμβόλαιο σας;
Do you currently have a Policy with another Insurance Company? If yes, please state the name of the Insurance Company and the expiration of the Policy.

4. Έχει υποβληθεί προσφορά από άλλη Ασφαλιστική Εταιρεία;
Αν ναι, αναφέρετε περισσότερες πληροφορίες (Εταιρεία, πρόγραμμα, ασφάλιστρα κλπ).
Have you received a quotation from another Insurance Company?
If yes, please give more details (Company, Plan, Premium etc.).

5. Δηλώστε τις απαιτήσεις των τελευταίων χρόνων σε σχέση με το ζητούμενο Σχέδιο (πληρωθείσες ή εκκρεμείς).
Please list any claims made during the last few years in relation to the requested Plan (paid or outstanding).

Γ. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ
C. REQUIRED INSURANCE PLAN

1. Θάνατος από οποιαδήποτε αιτία € .....
   Death (any cause)
2. Θάνατος από Ατύχημα € .....
   Accidental Death Benefit
3. Μόνιμη Ολική Ανικανότητα
   Permanent Total Disability
   α) Ατύχημα € .....
   Accident
   β) Ασθένεια € .....
   Sickness
4. Μόνιμη Μερική Ανικανότητα (Ατύχημα) € .....
   Permanent Partial Disability (Accident)
5. Εβδομαδιαίο επίδομα Ατυχήματος € .....
   Weekly Benefit due to Accident
6. Ιατροφαρμακευτικά έξοδα Ατυχήματος € .....
   Medical Expenses due to Accident
7. Επίδομα παραμονής σε Νοσοκομείο € .....
   Hospital Income Benefit
8. Κάρτα Νοσηλείας Σχέδιο .....
   In-Hospital Treatment
   Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη Σχέδιο .....
   Out patient Treatment
9. Σχέδιο Ιατροφαρμ. Περίθαλψης Αλλοδαπών .....
   Foreigners' Health Insurance Plan

Παρακαλούμε όπως έχουμε την προσφορά σας βάσει των πιο πάνω στοιχείων που υπεύθυνα δηλώνουμε ότι είναι αληθή.
Please let us have your quotation based on the above details that we declare to be true.

.....
Υπογραφή και Σφραγίδα πελάτη
Client's signature and seal

Ημερομηνία ...../...../.....
Date

Για εσωτερική χρήση
For internal use

Ασφαλιστικός Αντιπρόσωπος
Insurance Agent

Κωδικός
Code

Αριθμός Άδειας
Licence No.

Κινητό τηλέφωνο
Mobile Phone

Επαρχία
District

Η πρώτη επαφή με τον πελάτη έγινε μετά από παραπομπή του Ομίλου;
The first contact with the client was after referral from Laiki Group?

Αρ. Παραπομπής
Referral No.

☐ ΝΑΙ (YES) ☐ ΟΧΙ (NO)

Η προσφορά να εκδοθεί στην Ελληνική ή Αγγλική γλώσσα; Να σημειωθεί μία επιλογή.
The quotation to be issued in Greek or English language? Tick one of the following options

☐ ΕΛΛΗΝΙΚΑ (GREEK) ☐ ΑΓΓΛΙΚΑ (ENGLISH)

Υπογραφή Ασφαλιστικού Αντιπροσώπου
Signature of Insurance Agent

Ημερομηνία ...../...../.....
Date

Υπογραφή Διευθυντή
Manager's Signature

Ημερομηνία ...../...../.....
Date