

Jakim ubezpieczeniem jest Pan/Pani zainteresowany/a:

☐ Ubezpieczenie pojazdu:



Jaki jest nr rejestracyjny?

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------------|---|
| ☐ OC | ☐ Assistance | ☐ GAP |
| ☐ AC | ☐ Szyby | ☐ Zielona Karta |
| ☐ NNW | ☐ Opony | ☐ Ochrona zniżek |

☐ Ubezpieczenie nieruchomości:



Jaki jest adres i rodzaj nieruchomości?

- | | |
|---|--|
| ☐ All risk | ☐ Mury i elementy stałe |
| ☐ Ryzyka nazwane | ☐ Kradzież |
| ☐ OC | ☐ Ruchomości domowe |

☐ Ubezpieczenie firmy:



Jaka jest lokalizacja firmy?

- | | |
|--|---|
| ☐ Majątek firmy | |
| ☐ OC Działalności, rodzaj prowadzonej działalności: | |
| ☐ Budynki / budowle / lokal | ☐ Środki obrotowe |
| ☐ Nakłady inwestycyjne | ☐ Wartości pieniężne |
| ☐ Urządzenia / maszyny / wyposażenie | ☐ Cargo |
| ☐ Mienie osób trzecich | ☐ Mienie pracownicze |

☐ Ubezpieczenie OC Zawodowego:



Wykonywany zawód?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Obowiązkowe | ☐ Dobrowolne |
|--------------------------------------|-------------------------------------|

☐ Ubezpieczenie rolne:



Jaki jest adres lub nr działki?

- | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| ☐ OC Rolnika | ☐ Budynki rolne | ☐ Uprawy |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|

miejsowość i data

Imię i nazwisko /
nazwa firmy:

PESEL / REGON:

nr telefonu:

adres e-mail:

☐ Ubezpieczenie podróży:



Jaki jest kierunek podróży?

- | | |
|---|--|
| ☐ Koszty leczenia i assistance | ☐ Praca |
| ☐ Koszty rezygnacji z podróży | ☐ Sporty wysokiego ryzyka |
| ☐ OC / NNW | ☐ Choroby przewlekłe |
| ☐ Bagaż | |

☐ Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków:



Kogo ma obejmować ubezpieczenie?

- | | |
|---|----------------------------------|
| ☐ Indywidualne | ☐ Grupowe |
| ☐ Zawód / sport wysokiego ryzyka | |

☐ Ubezpieczenie zdrowotne:



Kogo ma obejmować ubezpieczenie?

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Indywidualne | ☐ Rodzinne |
| ☐ Grupowe | ☐ Best Doctors |

☐ Ubezpieczenie na życie:



Kogo ma obejmować ubezpieczenie?

- | | |
|--|---|
| ☐ Ochronne | ☐ Poważne zachorowania |
| ☐ Ochronno-inwestycyjne | ☐ NNW |
| ☐ Śmierć | ☐ Operacja |
| ☐ Pobyt w szpitalu | |

☐ Ubezpieczenie inne:



Od jakich innych sytuacji chciałby /aby Pan/Pani się zabezpieczyć?

Szczegółowe inne (dodatkowe) wymogi (wymagania i potrzeby) klienta odnoszące się do cech danego klienta lub cech produktu ubezpieczeniowego:

Nieakceptowane przez Pana/Panią wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń

Czy wysokość składki ma dla Pana/Pani znaczenie i wpływa na zakres ubezpieczenia?

* Klient oświadcza, że został poinformowany o obowiązku prawnym Agenta w postaci przedstawienia produktu zgodnego z wymaganiami i potrzebami Klienta, odzwierciedlonymi w udokumentowanej formie analizy potrzeb Klienta. ☐ TAK ☐ NIE

* Klient oświadcza, że został poinformowany o obowiązku prawnym Agenta w postaci konieczności przekazania w zrozumiałej dla Klienta formie obiektywnych (jasnych, rzetelnych i niewprowadzających w błąd) informacji o produkcie ubezpieczeniowym (w tym: OWU oraz karty produktu). ☐ TAK ☐ NIE

* Klient potwierdza, że Agent udostępnił mu informacje o agencie ubezpieczeniowym (pełnomocnictwo, upoważnienie, współpracujące zakłady ubezpieczeń, nazwa agenta oraz numer wpisu, charakter otrzymanego wynagrodzenia) oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów. ☐ TAK ☐ NIE

* Klient potwierdza, że otrzymał od Agenta klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania jego danych osobowych w związku z dystrybucją ubezpieczeń. ☐ TAK ☐ NIE

* Klient potwierdza, że wyraził zgodę na wysłanie wszelkich informacji wymaganych prawem, takich jak np.: OWU, Karta Produktu i informacja o Agencie oraz prawie do odstąpienia od umowy i złożenia reklamacji na adres e-mail, jak też na wskazanie ich umiejscowienia na stronie internetowej, w zakresie i zgodnie z art. 9 ust. 4 pkt 2) ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. ☐ TAK ☐ NIE

PODPIS DORADCY

PODPIS KLIENTA