

# O WIADCZENIE

do przeprowadzonej analizy potrzeb i wymaga klienta

z dnia \_\_\_\_\_ do polisy \_\_\_\_\_

Klient: \_\_\_\_\_

## Ubezpieczenie pojazdu

Jaki jest nr rejestracyjny?

- |                              |                                     |   |
|------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> OC  | <input type="checkbox"/> Assistance | <input type="checkbox"/> GAP            |
| <input type="checkbox"/> AC  | <input type="checkbox"/> Szyby      | <input type="checkbox"/> Zielona Karta  |
| <input type="checkbox"/> NNW | <input type="checkbox"/> Opony      | <input type="checkbox"/> Ochrona zni ek |

## Ubezpieczenie nieruchomości

Rodzaj nieruchomości?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> All risk       | <input type="checkbox"/> Mury i elementy stałe |
| <input type="checkbox"/> Ryzyka nazwane | <input type="checkbox"/> Kradzie               |
| <input type="checkbox"/> OC             | <input type="checkbox"/> Ruchomo ci domowe     |

## Ubezpieczenie firmy

Jaka jest lokalizacja firmy?

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Maj tek firmy                                     |
| <input type="checkbox"/> OC działalno ci, rodzaj prowadzonej działalno ci: |

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Budynki / budowle / lokal          | <input type="checkbox"/> rodki obrotowe     |
| <input type="checkbox"/> Nakłady inwestycyjne               | <input type="checkbox"/> Warto ci pieniężne |
| <input type="checkbox"/> Urz dzenia / maszyny / wyposażenie | <input type="checkbox"/> Cargo              |
| <input type="checkbox"/> Mienie osób trzecich               | <input type="checkbox"/> Mienie pracownicze |

## Ubezpieczenie OC Zawodowego

Wykonywany zawód?

- |                                      |                                     |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Obowięzkowe | <input type="checkbox"/> Dobrowolne |
|--------------------------------------|-------------------------------------|

## Ubezpieczenie rolne

Jaki jest adres lub nr działki?

- |                                     |  |                                 |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OC Rolnika | <input type="checkbox"/> Budynki rolne | <input type="checkbox"/> Uprawy |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|

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

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|------------------------------|------------------------------|

Analiza została przeprowadzona

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Osobiście           |
| <input type="checkbox"/> Telefonicznie _____ |
| <input type="checkbox"/> E-mail _____        |

## Ubezpieczenie podróży

Jaki jest kierunek podróży?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Koszty leczenia i assistance | <input type="checkbox"/> Praca                   |
| <input type="checkbox"/> Koszty rezygnacji z podróży  | <input type="checkbox"/> Sporty wysokiego ryzyka |
| <input type="checkbox"/> OC / NNW                     | <input type="checkbox"/> Choroby przewlekłe      |
| <input type="checkbox"/> Baga                         |  |

## Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

Kogo ma obejmować ubezpieczenie?

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indywidualne                    | <input type="checkbox"/> Grupowe |
| <input type="checkbox"/> Zawód / sport wysokiego ryzyka: |                                  |

## Ubezpieczenie zdrowotne

Kogo ma obejmować ubezpieczenie?

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indywidualne | <input type="checkbox"/> Grupowe      |
| <input type="checkbox"/> Rodzinne     | <input type="checkbox"/> Best Doctors |

## Ubezpieczenie na życie

Kogo ma obejmować ubezpieczenie?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ochronne              | <input type="checkbox"/> Powołane zachorowania |
| <input type="checkbox"/> Ochronno-inwestycyjne | <input type="checkbox"/> NNW                   |
| <input type="checkbox"/> mier                  | <input type="checkbox"/> Operacja              |
| <input type="checkbox"/> Pobyt w szpitalu      |  |

## Ubezpieczenie inne

Od jakich innych sytuacji chciałby/łaby Pan/Pani się ubezpieczyć?

1. 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.
2. Klient o wiadcza, e został poinformowany o obowięzku prawnym Agenta w postaci konieczno ci przekazania w zrozumiałej dla Klienta formie obiektywnych (jasnych, rzetelnych i niewprowadzaj cych w błąd) informacji o produkcie ubezpieczeniowym (w tym: OWU oraz karty produktu).
3. 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.
4. Klient potwierdza, że otrzymał od Agenta klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania jego danych osobowych w związku z dystrybucją ubezpieczeń.
5. 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.

Uwagi:

.....  
Podpis klienta