

ANALIZA POTRZEB KLIENTA (APK)

Dane Klienta

osoba fizyczna osoba prawna

Imię i nazwisko/Nazwa: _____

PESEL/NIP i REGON: _____

Nr telefonu: _____ E-mail: _____

Oświadczenia Klienta:

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią dokumentu „Klauzula informacyjna z art. 13 RODO”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.

Oświadczam, że w celu doboru produktu ubezpieczeniowego najbardziej dostosowanego do moich wymagań i potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w art. 8 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń, wyrażam zgodę wobec Agenta Ubezpieczeniowego*/OFWCA, aby podlegać decyzji, która opiera się na przetwarzaniu, w tym profilowaniu moich danych osobowych.

Oświadczam również, że Agent Ubezpieczeniowy*/OFWCA poinformował/a mnie, że zakres udzielanych przeze mnie odpowiedzi będzie miał wpływ na otrzymaną propozycję produktów ubezpieczeniowych.

Oświadczam również, że Agent Ubezpieczeniowy*/OFWCA poinformował/a mnie, że informacje, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń mogą otrzymać na moje żądanie za pośrednictwem poczty e-mail, jeżeli wyrażę wolę takiego przekazania zamiast przekazania tych informacji w formie papierowej. Oświadczam, że podane przeze mnie dane (w tym adres e-mail, nr telefonu) są prawdziwe, zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy i podaję te dane na potrzeby kontaktu elektronicznego/telefonicznego z Agentem Ubezpieczeniowym*/OFWCA w zakresie podejmowanych przez niego/nią czynności dystrybucyjnych, co do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową.

Oświadczam, że została przeprowadzona analiza moich potrzeb i wymagań ubezpieczeniowych w oparciu o: rozmowę bezpośrednią korespondencję elektroniczną w zakresie:

- UBEZPIECZEŃ KOMUNIKACYJNYCH, UBEZPIECZENIA NIERUCHOMOŚCI,
 UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW, UBEZPIECZENIA FIRMY,
 UBEZPIECZENIA PODRÓŻNEGO, UBEZPIECZEŃ ROLNICZYCH, UBEZPIECZEŃ ŻYCIOWYCH,
 UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO,

Przedstawione oferty produktów ubezpieczeniowych zakładów ubezpieczeń:

1.
2.
3.

zostały w szczególności odpowiednio dobrane/ustalone do moich potrzeb i wymagań, tj.:

1. rodzaju umów ubezpieczenia, którymi jestem zainteresowana/y,
2. celu zawarcia umowy,
3. rodzaju produktu ubezpieczeniowego/produktów ubezpieczeniowych, który jest zgodny/które są zgodne z moimi potrzebami i wymaganiami,
4. przedmiotów ubezpieczenia zgodnych z moimi wymaganiami i potrzebami,
5. zakresu ryzyk zgodnych z moimi wymaganiami i potrzebami,
6. sumy ubezpieczenia lub gwarancyjnej oraz limitów/podlimitów odpowiedzialności zgodnych z moimi wymaganiami i potrzebami,
7. zakresu wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, które są do zaakceptowania przeze mnie, w świetle potrzeb i wymagań zgłoszonych przeze mnie,
8. zakresu terytorialnego danego produktu ubezpieczeniowego zgodnego z moimi wymaganiami i potrzebami,
9. zasad ustalania wysokości odszkodowania lub świadczenia z umowy ubezpieczenia zgodnych z moimi wymaganiami i potrzebami,
10. okresu ubezpieczenia zgodnego z moimi wymaganiami i potrzebami.

* Niewłaściwe skreślić

.....
(data i CZYTELNY podpis Klienta)

ANALIZA POTRZEB KLIENTA - UBEZPIECZENIE TURYSTYCZNE

| Lp. | Pytanie | Odpowiedź | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| | | Tak | Nie |
| 1. | Czy w ramach ubezpieczenia turystycznego interesuje Panią/Pana zakres terytorialny ubezpieczenia - EUROPA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Czy w ramach ubezpieczenia turystycznego interesuje Panią/Pana zakres terytorialny ubezpieczenia – ŚWIAT (poza Europą)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Czy wyjeżdża Pani/Pan do pracy? Jeżeli tak, to jakiej?..... <input type="checkbox"/> umysłowej <input type="checkbox"/> fizycznej <input type="checkbox"/> niebezpiecznej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Czy wyjazd, który ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową jest jednorazowy? Jeżeli nie, jak często planuje Pani/Pan wyjeżdżać za granicę w okresie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Czy uprawia Pani/Pan szczególne rodzaje sportu (w tym sporty ekstremalne, sporty uprawiane wyczynowo, sporty wysokiego ryzyka)? Jeśli tak, to jakie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Czy oczekuje Pani/Pan ochrony w zakresie kosztów rezygnacji bądź skrócenia uczestnictwa w imprezie turystycznej? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Czy jest Pani/Pan zainteresowana/y objęciem ochroną ubezpieczeniową bagażu podróжного? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Czy jest Pani/Pan zainteresowana/y objęciem ochroną ubezpieczeniową mienia pozostawionego w miejscu zamieszkania? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Czy chce Pani/Pan rozszerzyć ochronę ubezpieczeniową o ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Czy cierpi Pani/Pan na choroby przewlekłe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Czy oczekuje Pani ochrony w zakresie kosztów leczenia związanych z ciążą i porodem? <i>(pytanie dotyczy kobiet)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Oświadczam, że Agent ubezpieczeniowy*/OFWCA **przekazał/a mi w zrozumiałej formie obiektywne informacje** o wyżej wymienionym/ch produkcie/produktach ubezpieczeniowym/ch - **w celu umożliwienia podjęcia świadomej decyzji.**

Oświadczam, że **przed zawarciem umowy otrzymałam/em** ustandaryzowany/e dokument/y zawierający/e informacje o produkcie/produktach ubezpieczeniowym/y, co do którego/których o zawarcie umowy wnioskuje. Jestem świadoma/y, że ten rodzaj dokumentu (IPID, karta produktu) ma charakter informacyjny, a pełne informacje o produkcie/produktach ubezpieczeniowym/y (przede wszystkim szczegółowy zakres objętych ubezpieczeniem ryzyk, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności) zawarte są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, które otrzymałam/em przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że **przedstawiona mi oferta spełnia moje wymagania i potrzeby**, przy uwzględnieniu wysokości składki, jaką jestem skłonna/y zapłacić. **Wybieram tę ofertę w wyniku mojej świadomej decyzji i zawieram umowę/y potwierdzoną/e polisą/ami:**

1. **nr.....z**
2. **nr.....z**

.....
(data i CZYTELNY podpis Klienta)

* Niewłaściwe skreślić