

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:

Rodzaj ubezpieczenia	Zainteresowanie Klienta	Wybór Klienta
Ubezpieczeń Komunikacyjnych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> OC <input type="checkbox"/> Zielona Karta <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> Młody Kierowca <input type="checkbox"/> NNW <input type="checkbox"/> Leasing/kredyt <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Przewóz osób <input type="checkbox"/> Szyby <input type="checkbox"/> Wynajem <input type="checkbox"/> Ochrona zniżek <input type="checkbox"/> Użytek zarobkowy
Ubezpieczenia Mieszkania/Domu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Ogień i inne zdarzenia losowe <input type="checkbox"/> All Risks (od wszystkich ryzyk) <input type="checkbox"/> Ruchomości <input type="checkbox"/> Budynki gospodarcze <input type="checkbox"/> Kradzież z włamaniem <input type="checkbox"/> Garaż <input type="checkbox"/> Kradzież zwykła <input type="checkbox"/> Budowle <input type="checkbox"/> Wynajem/najem <input type="checkbox"/> Działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> Cesja <input type="checkbox"/> Szyby i przedmioty od stłuczenia <input type="checkbox"/> Instalacje/systemy/panele fotowoltaiczne
Ubezpieczenia Firmy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Ogień i inne zdarzenia losowe <input type="checkbox"/> Budynki <input type="checkbox"/> All Risks (od wszystkich ryzyk) <input type="checkbox"/> Budowle <input type="checkbox"/> Kradzież z włamaniem <input type="checkbox"/> Wyposażenie <input type="checkbox"/> Kradzież zwykła <input type="checkbox"/> Środki obrotowe <input type="checkbox"/> Nakłady inwestycyjne <input type="checkbox"/> Szyby <input type="checkbox"/> Akty wandalizmu <input type="checkbox"/> Przepięcia <input type="checkbox"/> Sprzęt komputerowy <input type="checkbox"/> Maszyny <input type="checkbox"/> Mienie w transporcie <input type="checkbox"/> Gotówka <input type="checkbox"/> OC związane z prowadzoną działalnością gospodarczą:

		<input type="checkbox"/> deliktowe <input type="checkbox"/> kontraktowe <input type="checkbox"/> produktowe <input type="checkbox"/> pracodawcy <input type="checkbox"/> najemcy nieruchomości <input type="checkbox"/> najemcy ruchomości <input type="checkbox"/> za podwykonawców Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> za szkody wyrządzone przez pojazdy niepodlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu
Ubezpieczeń Turystycznych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Świat <input type="checkbox"/> Turystyka <input type="checkbox"/> Praca <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Choroby przewlekłe
Ubezpieczeń Rolniczych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Budynki rolnicze <input type="checkbox"/> OC rolnika <input type="checkbox"/> Uprawy rolne <input type="checkbox"/> Hodowla zwierząt <input type="checkbox"/> Zapasy, ziemiopłody <input type="checkbox"/> Maszyny rolnicze <input type="checkbox"/> Sprzęt rolniczy <input type="checkbox"/> Pojazdy wolnobieżne <input type="checkbox"/> Budynki wyłączone z ubezpieczenia obowiązkowego <input type="checkbox"/> Ruchomości domowe <input type="checkbox"/> Przedmioty szklane <input type="checkbox"/> Działalność agroturystyczna <input type="checkbox"/> Instalacje/systemy fotowoltaiczne
Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	świadczenia z tytułu: <input type="checkbox"/> trwałego uszczerbku na zdrowiu <input type="checkbox"/> zgonu na skutek nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu <input type="checkbox"/> pokrycia kosztów leczenia <input type="checkbox"/> zapewnienia finansowania rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku <input type="checkbox"/> utraty zdolności do wykonywania zawodu
Ubezpieczeń Zdrowotnych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	świadczenia z tytułu: <input type="checkbox"/> podstawowej opieki medycznej <input type="checkbox"/> konsultacji specjalistycznych <input type="checkbox"/> badań diagnostycznych <input type="checkbox"/> specjalistycznych lekarskich zabiegów ambulatoryjnych <input type="checkbox"/> usług szpitalnych <input type="checkbox"/> ambulatoryjnych zabiegów pielęgniarstwa <input type="checkbox"/> szczepienia p/grypie sezonowej dla osób dorosłych <input type="checkbox"/> badań kontrolnych <input type="checkbox"/> badań obrazowych <input type="checkbox"/> badań laboratoryjnych <input type="checkbox"/> opieki stomatologicznej
Ubezpieczeń Na Życie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie ochronne na życie <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie inwestycyjne (UFK) <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie kapitałowe (oszczędzanie) rodzaj warunków ochrony: <input type="checkbox"/> ubezpieczenie życia i zdrowia <input type="checkbox"/> ubezpieczenie tylko na wypadek zgonu <input type="checkbox"/> ubezpieczenie pakietowe (grupowe, grupa otwarta) <input type="checkbox"/> ubezpieczenie zindywidualizowane rodzaj zabezpieczenia: <input type="checkbox"/> zabezpieczenie finansowe rodziny na wypadek śmierci ubezpieczonego <input type="checkbox"/> zabezpieczenie finansowe dla siebie na wypadek zdarzeń związanych z nieszczęśliwym wypadkiem <input type="checkbox"/> zabezpieczenie finansowe dla siebie na wypadek ciężkiej choroby lub/i niezdolności do pracy

Przedstawione oferty produktów ubezpieczeniowych zakładów ubezpieczeń:

1.
2.
3.
4.

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.

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:**

* IPID (karta produktu) ustandaryzowany/e dokument/y zawierający/e informacje o produkcie/produktach ubezpieczeniowym/ych,/ 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/ych (przede wszystkim szczegółowy zakres objętych ubezpieczeniem ryzyk, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności) zawarte są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, które otrzymałam/em przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

* KID Dokument zawierający kluczowe informacje o danym produkcie inwestycyjnym (UFK, oszczędzanie). Jestem świadomy, że nie jest to materiał marketingowy. A udzielenie tych informacji jest wymagane prawem, aby pomóc w zrozumieniu charakteru tego produktu inwestycyjnego oraz ryzyka, kosztów, potencjalnych zysków i strat z nim związanych, a także pomóc w porównywaniu go z innymi produktami.

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia zapoznałem się szczegółowo z udostępnionymi mi dokumentami:

– Ogólne Warunki Ubezpieczenia. Dokument ten znajduje się również na stronie internetowej

– Symulacje ubezpieczenia.

– Załącznik do dokumentu zawierającego kluczowe informacje. Załączniki znajduje się również na stronie internetowej

- Szczegółowe informacje dotyczące UFK, sprawozdań UFK oraz notowań znajdują się na stronie:

– Powyższe dokumenty udostępniane są z mocy prawa

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