

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 ZDROWOTNE

Lp.	Pytanie	Odpowiedź	
		Tak	Nie
1.	Czy oczekuje Pani/Pan świadczenia podstawowej opieki medycznej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy oczekuje Pani/Pan świadczenia konsultacji specjalistycznych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy oczekuje Pani/Pan świadczenia w postaci badań diagnostycznych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Czy oczekuje Pani/Pan świadczenia w postaci specjalistycznych lekarskich zabiegów ambulatoryjnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy oczekuje Pani/Pan świadczenia w postaci usług szpitalnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Czy oczekuje Pani/Pan świadczenia w postaci ambulatoryjnych zabiegów pielęgniarstwa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Czy oczekuje Pani/Pan świadczenia - szczepienia p/grypie sezonowej dla osób dorosłych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Czy oczekuje Pani/Pan świadczenia w postaci badań kontrolnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Czy oczekuje Pani/Pan świadczenia w postaci badań obrazowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Czy oczekuje Pani/Pan świadczenia w postaci badań laboratoryjnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Czy oczekuje Pani/Pan świadczenia w postaci opieki stomatologicznej?	<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/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.

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.....w
2. nr.....w

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

* Niewłaściwe skreślić