

ANALIZA POTRZEB KLIENTA

Numer rejestracyjny:

Imię i Nazwisko:



KANCELARIA
UBEZPIECZENIOWA

Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej:

- | | |
|--|---|
| ☐ OC roczne | ☐ NNW |
| ☐ OC krótkoterminowe | ☐ Ubezpieczenie SZYB |
| ☐ AC - naprawa ASO | ☐ Zielona karta |
| ☐ Brak pomniejszania SU po szkodzie | ☐ Stała Suma Ubezpieczenia |
| ☐ Mini AC | ☐ Ochorna zniżek z OC, AC |
| ☐ AC – części oryginalne | ☐ Transport Krajowy i Międzynarodowy |
| ☐ AC – części zamienne | ☐ Opony |
| ☐ AC - naprawa kosztorys | ☐ Bagaż |
| ☐ Assistance - wypadek | ☐ Pojazd jest wykorzystywany zarobkowo |
| ☐ Assistance - awaria | ☐ |

1. Oświadczam, że zostałem poinformowany/a przez AP Kancelaria Ubezpieczeniowa Sp. z o.o., że zakres proponowanej mi ochrony ubezpieczeniowej jest warunkowany przez odpowiedzi i informacje jakich udzieliłem/am przedstawicielowi agenta ubezpieczeniowego w toku analizy moich wymagań i potrzeb związanych z poszukiwaną przeze mnie ochroną ubezpieczeniową. Co za tym idzie jestem świadomy/a, że pominięcie przeze mnie określonych wymagań co do zakresu poszukiwanej ochrony ubezpieczeniowej albo udzielenie odpowiedzi niezgodnych ze stanem faktycznym, może skutkować niedopasowaniem proponowanej mi przez agenta ubezpieczeniowego ochrony ubezpieczeniowej do moich rzeczywistych wymagań i potrzeb.

2. Potwierdzam udostępnienie mi przy pierwszej czynności agencyjnej realizowanej przez przedstawiciela agenta ubezpieczeniowego pełnomocnictwa udzielonego przez właściwego ubezpieczyciela agentowi ubezpieczeniowemu do zawierania w jego imieniu umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych oraz dokumentu upoważniającego przedstawiciela agenta ubezpieczeniowego do działania w imieniu agenta ubezpieczeniowego.

3. Potwierdzam, że przed zawarciem wybranej umowy ubezpieczenia zostałem/am poinformowany/a o: firmie pod którą obsługujący mnie agent ubezpieczeniowy prowadzi działalność agencyjną, adresie siedziby agenta ubezpieczeniowego, liście zakładów ubezpieczeń na rzecz których agent ubezpieczeniowy wykonuje działalność agencyjną, numerze wpisu do rejestru agentów, adresie strony internetowej, na której rejestr agentów jest dostępny oraz o sposobie sprawdzenia wpisu do rejestru, charakterze otrzymywanego przez agenta ubezpieczeniowego wynagrodzenia w związku z proponowaną mi umową ubezpieczenia oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

4. Potwierdzam otrzymanie w zrozumiałej formie obiektywnych (jasnych, rzetelnych i niewprowadzających w błąd) informacji o produkcie ubezpieczeniowym (w tym w postaci papierowej: warunków ubezpieczenia oraz dokumentu zawierające informacje o produkcie ubezpieczeniowym), umożliwiających podjęcie świadomej decyzji odnośnie zawarcia proponowanej mi umowy ubezpieczenia.

5. Potwierdzam otrzymanie, w postaci papierowej, informacji o administratorze lub administratorach moich danych osobowych, przetwarzanych w związku z przeprowadzoną analizą wymagań i potrzeb, kalkulacją ofert ubezpieczeniowych w różnych towarzystwach ubezpieczeniowych oraz zawarciem umowy ubezpieczenia.

Miejscowość i data

Podpis



ŻYCIE



MAJĄTEK



KOMUNIKACJA



FIRMA



ZDROWIE



ROLNE