

Ankieta przygotowana w oparciu o rozmowę z klientem w dniu:

Ankieta Nr:

Klient:

RODZAJ UBEZPIECZENIA	Klient zainteresowany	Wybór Klienta / zakres	
Komunikacyjna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Szyby	<input type="checkbox"/> OC/ZK
	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> GAP
	<input type="checkbox"/> W przyszłości	<input type="checkbox"/> AC mini (kradzież)	<input type="checkbox"/> Assistance awaria
		<input type="checkbox"/> Opony	<input type="checkbox"/> NNW
		<input type="checkbox"/> Inne	
Majątkowa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Kradzież	<input type="checkbox"/> Cesja
	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> OC	<input type="checkbox"/> NNW
	<input type="checkbox"/> W przyszłości	<input type="checkbox"/> ALLRISK	<input type="checkbox"/> Szyby
		<input type="checkbox"/> Zdarzenia losowe	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie od utraty dochodu
		<input type="checkbox"/> Inne	
Rolne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> OC	<input type="checkbox"/> Budynki
	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Uprawy	<input type="checkbox"/> Mienie
	<input type="checkbox"/> W przyszłości	<input type="checkbox"/> Inne	
Podróżna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Europa	<input type="checkbox"/> Świat
	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Praca	<input type="checkbox"/> Turystyka
	<input type="checkbox"/> W przyszłości	<input type="checkbox"/> Choroby przewlekłe	<input type="checkbox"/> Uprawianie sportu
		<input type="checkbox"/> OC/NNW	<input type="checkbox"/> Koszty rezygnacji z podróży
		<input type="checkbox"/> Inne	
Firma	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Kradzież	<input type="checkbox"/> Finansowe
	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Zdarzenia losowe	<input type="checkbox"/> OC działalności
	<input type="checkbox"/> W przyszłości	<input type="checkbox"/> Formuła ALLRISK	<input type="checkbox"/> OC Przewoźnika
		<input type="checkbox"/> OC członków zarządu D&O	<input type="checkbox"/> OC medyczne
		<input type="checkbox"/> Jachty Casco	<input type="checkbox"/> Inne
Na życie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Ochrona	<input type="checkbox"/> Zdrowie
	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Oszczędzanie	<input type="checkbox"/> Rodzina
	<input type="checkbox"/> W przyszłości	<input type="checkbox"/> Inne	
Inne	<input type="checkbox"/> Tak		
	<input type="checkbox"/> Nie		
	<input type="checkbox"/> W przyszłości		

**ZAZNACZ PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEŹ:**

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.

 TAK  NIE

Klient oświadcza, że został poinformowany o obowiązku prawnym Agenta w postaci konieczności przekazania w zrozumiałej dla Klienta formie obiektywnych (jasnych, rzetelnych i nieprowadzących w błąd) informacji o produkcie ubezpieczeniowym (w tym: OWU oraz karty produktu).

 TAK  NIE

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.

 TAK  NIE

Klient potwierdza, że otrzymał od Agenta klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania jego danych osobowych w związku z dystrybucją ubezpieczeń.

 TAK  NIE

 .....  
 Data i podpis klienta