



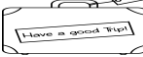
ANALIZA POTRZEB KLIENTA

Przygotowana w oparciu o rozmowę z klientem przez

Klient: Pesel /Regon.....

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż przeprowadzenie analizy jest dobrowolne oraz, że w przypadku odmowy jej przeprowadzenia bądź podania nieprawdziwych informacji, dystrybutor ubezpieczeń będzie miał ograniczoną możliwość oceny czy zaproponowana umowa ubezpieczenia będzie w pełni odpowiadać moim wymaganiom i potrzebom.

W związku z powyższym: Wyrażam zgodę na przeprowadzenie analizy TAK ☐ NIE ☐

RODZAJ UBEZPIECZENIA	KLIENT ZAINTERESOWANY	WYBÓR KLIENTA/ZAKRES
 Pojazd Nr rej.....	☐ TAK ☐ NIE	☐ OC ☐ AC ☐ NNW ☐ OCHRONA UTRATY ZNIŻKI ☐ ASSISTANCE ☐ OPO NY/SZYBY
 Mieszkanie/Dom	☐ TAK ☐ NIE	☐ OGIEŃ ☐ KRADZIEŻ ☐ OC ☐ SZYBY ☐ NAGROBEK ☐ CESJA
 NNW	☐ TAK ☐ NIE	☐ KOSZTY LECZENIA ☐ ŚMIERĆ ☐ SZPITAL ☐ KOSZTY REHABILITACJI
 Podróże	☐ TAK ☐ NIE	☐ EUROPA/ŚWIAT ☐ OC/NNW ☐ PRACA ☐ CHOROBY PRZEWLEKŁE ☐ SPORT
 Rolne	☐ TAK ☐ NIE	☐ OC ROLNIKA ☐ BUDYNKI ☐ UPRAWY ☐ MIENIE
 Firma PKD	☐ TAK ☐ NIE	☐ OGIEŃ ☐ KRADZIEŻ ☐ ALL RISK ☐ FINANSOWE ☐ ELEKTRONIKA
Ubezpieczenie Grupowe Firmowe PKD	☐ TAK ☐ NIE	☐ ILOŚĆ PRACOWNIKÓW ☐ SZPITAL ☐ CHOROBY ☐ RODZICE/DZIECI PARTNERZY
 Życie i zdrowie	☐ TAK ☐ NIE	☐ OCHRONA ☐ ZDROWIE ☐ RODZINA ☐ SZPITAL ☐ OSZCZĘDZANIE
 Pakiety medyczne	☐ TAK ☐ NIE	☐ INDYWIDUALNE/GRUPOWE ☐ ILOŚĆ OSÓB ☐ LEKARZE
Odpowiedzialność cywilna	☐ TAK ☐ NIE PKD	☐ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ☐ ZAWODOWE DOBROWOLNE ☐ ZAWODOWE OBOWIĄZKOWE

Data i Podpis Agenta Data i podpis Klienta

Numer zawartej polisy



Europartner sp. z o.o. ul. Damrota 10 lok. 402, 45-064 Opole