

Przygotowana w oparciu o rozmowę z klientem przez: _____

Klient: _____	PESEL / REGON: _____
---------------	----------------------

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, 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.

 Wyrażam zgodę na przeprowadzenie analizy: ☐ TAK ☐ NIE

RODZAJ UBEZPIECZENIA	KLIENT ZAINTERESOWANY	WYBÓR KLIENTA / ZAKRES
 POJAZD Nr rej.: _____	☐ TAK ☐ NIE	☐ OC ☐ AC ☐ Pakiet (OC/AC/NNW) ☐ Ochrona utraty zniżki ☐ Assistance rozszerzony ☐ Auto Szyby ☐ Zakres pod Leasing
 MIESZKANIE / DOM	☐ TAK ☐ NIE	☐ Ogień i inne zdarzenia losowe ☐ All RISK (od wszystkich zdarzeń nie wyłączone w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń) ☐ Odpowiedzialność Cywilna w Życiu Prywatnym ☐ Zabezpieczenie pod kredyt
 NNW	☐ TAK ☐ NIE	☐ Śmierć ☐ Koszty leczenia ☐ Szpital ☐ Rehabilitacja
 PODRÓŻE	☐ TAK ☐ NIE	☐ Zakres terytorialny: Europa ☐ Zakres terytorialny: Świat ☐ Koszty Leczenia ☐ Assistance w podróży ☐ Bagaż ☐ Odpowiedzialność Cywilna w Życiu Prywatnym ☐ Choroby przewlekłe ☐ Sporty wysokiego ryzyka
 ROLNE	☐ TAK ☐ NIE	☐ OC rolnika ☐ Budynki ☐ Uprawy ☐ Mienie ☐ AgroCasco (maszyny)
 FIRMA PKD: _____	☐ TAK ☐ NIE	☐ Ogień i zdarzenia losowe ☐ Kradzież ☐ All Risk ☐ Budynki/locale ☐ Mienie firmowe (sprzęt/wyposażenie)
 UBEZPIECZENIE GRUPOWE FIRMOWE PKD: _____	☐ TAK ☐ NIE	☐ Ilość pracowników: _____ ☐ Uszczerbki/Rehabilitacja/Szpital ☐ Poważne zachorowania ☐ Pakiety dla Rodzin
 ŻYCIE I ZDROWIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ Dla siebie ☐ Dla rodziny ☐ Zabezpieczenie rodziny na wypadek śmierci ☐ Poważne zachorowania ☐ Ochrona dla Rodziny ☐ Uszczerbki/Rehabilitacja/Szpital ☐ Oszczędzanie ☐ Zabezpieczenie pod kredyt ☐ Leczenie za Granicą
 PAKIETY MEDYCZNE	☐ TAK ☐ NIE	☐ Dla siebie ☐ Dla Rodziny ☐ Dla Pracowników ☐ Dostęp do specjalistów bez partycypacji w kosztach ☐ Dostęp do specjalistów z partycypacją w kosztach wizyt
 ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA PKD: _____	☐ TAK ☐ NIE	☐ Działalności gospodarczej ☐ Zawodowe dobrowolne ☐ Zawodowe obowiązkowe

Data i podpis Agenta

Data i podpis poszukującego ochrony

Numer zawartej polisy: _____