

ANALIZA POTRZEB KLIENTA

! Przed zawarciem umowy ubezpieczenia pośrednik zgodnie z Ustawą z dnia 15 grudnia 2017r. Dz. U. 2017 poz. 2486 o dystrybucji ubezpieczeń, zobowiązany jest do rozpoznania wymagań i potrzeb klienta oraz rzetelnego podania w zrozumiałej formie obiektywnych informacji o produkcie ubezpieczeniowym w celu umożliwienia klientowi podjęcia świadomej decyzji, aby przedstawiona oferta ubezpieczenia dla klienta była najkorzystniejsza oraz zgodna z wymaganiami i potrzebami w zakresie jego ochrony ubezpieczeniowej.

Obowiązek informacyjny wynikający z przepisów prawa

Zanim przystąpisz do przeprowadzenia APK przekaż klientowi:

- Wgląd do pełnomocnictwa/pełnomocnictw
- Informację na rzecz których zakładów ubezpieczeń wykonujesz działalność agencyjną
- Informację o firmie, na rzecz której wykonujesz działalność agencyjną i adresie siedziby
- Informację o numerze wpisu do rejestrów agentów
- Informację o możliwości złożenia reklamacji
- Informację o charakterze wynagrodzenia

Pamiętaj o przekazaniu Klientowi Obowiązku Informacyjnego Administratora Danych Osobowych, stanowiącego załącznik do Analizy Potrzeb Klienta.

ANALIZA POTRZEB KLIENTA

Miejscowość: _____

Data przeprowadzenia APK: _____

Analiza potrzeb klienta przygotowana w oparciu o:

rozmowę bezpośrednią z klientem kontakt telefoniczny korespondencję elektroniczną

Dane klienta:

Imię i nazwisko/nazwa: _____

PESEL/REGON: _____

Nr telefonu: _____

e-mail: _____

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.

Oświadczam, że wyrażam zgodę wobec Agenta Ubezpieczeniowego oraz POLISA-ŻYCIE Ubezpieczenia Sp. z o.o. działających w imieniu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A Vienna Insurance Group, aby podlegać decyzji, która opiera się na przetwarzaniu, w tym profilowaniu moich danych osobowych 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 (Dz.U.2019.1881 z późn. zm.).

Oświadczam również, że Agent Ubezpieczeniowy poinformował mnie, że informacje, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń mogę 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 podaje te dane na potrzeby kontaktu elektronicznego/telefonicznego z Agentem ubezpieczeniowym w zakresie podejmowanych przez niego czynności dystrybucyjnych, co do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową.

WIEK KLIENTA:

PREFEROWANA SUMA UBEZPIECZENIA KLIENTA NA WYPADEK ZGONU zł

PREFEROWANA WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ SKŁADKI W ZŁ

40-50 50-70 70-100 100-200 INNA:

RODZAJ UBEZPIECZENIA:

- UBEZPIECZENIE OCHRONNE NA ŻYCIE
- UBEZPIECZENIE INWESTYCYJNE (UFK)
- UBEZPIECZENIE KAPITAŁOWE (oszczędzanie)

UBEZPIECZAJACY/UBEZPIECZONY:

- UMOWA NA WŁASNY RACHUNEK NA RZECZ OSOBY TRZECIEJ

ANALIZA POTRZEB KLIENTA

WARUNKI OCHRONY:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> OCHRONA ŻYCIA I ZDROWIA | <input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE TYLKO NA WYPADEK ZGONU |
| <input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE PAKIETOWE
(GRUPA OTWARTA, GRUPOWE
UPROSZCZONY PROCES ZAWARCIA) | <input type="checkbox"/> ZINDYWIDUALIZOWANE WARUNKI
I OCENA RYZYKA (DOPASOWANE DO ZAKRESU OCHRONY
UBEZPIECZENIOWEJ I WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ) |

ZAKRES OCHRONY, CEL UBEZPIECZENIA:

- ZABEZPIECZENIE SIEBIE – ŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO
- ZABEZPIECZENIE SIEBIE I RODZINY – ŚWIADCZENIA RODZINNE M.IN. ZGON RODZICA, MAŁŻONKA, URODZENIE DZIECKA, ETC.
- ZABEZPIECZENIE BLISKICH NA WYPADEK ŚMIERCI
- ZABEZPIECZENIE SIEBIE NA WYPADEK ZDARZEŃ ZWIĄZANYCH Z NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM
- ZABEZPIECZENIE SIEBIE NA WYPADEK CHOROBY (NP. POWAŻNE ZACHOROWANIE, LECZENIE SZPITALNE)
- ZABEZPIECZENIE ŚRODKÓW NA OCHRONĘ FINANSOWĄ DZIECI
- ROZSZERZENIE UMOWY O DODATKOWE RYZYKA UBEZPIECZENIOWE?
- INNE:

Oświadczam, że w procesie doboru produktu ubezpieczeniowego przedstawiłam/em wszystkie niezbędne informacje potrzebne do określenia przez Agenta Ubezpieczeniowego moich wymagań i potrzeb oraz przedstawiono mi obiektywne informacje o oferowanym mi produkcie ubezpieczeniowym, co do których rzetelności nie zgłaszam zastrzeżeń. W związku z tym, przed zawarciem umowy ubezpieczeniowej, podjęłam/podjąłem świadomą decyzję o wyborze produktu ubezpieczeniowego i nie zgłaszam zastrzeżeń co do czynności dystrybucyjnych przeprowadzonych przez Agenta ubezpieczeniowego.

TAK

NIE

W wyniku przeprowadzonej Analizy Potrzeb Klienta zostało mi zaproponowane ubezpieczenie:

Pieczęć Agenta/ID
i podpis Agenta/OFWCA Agenta

podpis klienta