

ANALIZA POTRZEB KLIENTA

Miejscowość: _____

Data przeprowadzenia APK: _____

Zgodnie z art. 22 ust. 1, 3 i 4 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń POLISA – ŻYCIE UBEZPIECZENIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą pod adresem: Al. Jeruzolimskie 162A, 02-342 Warszawa, jako Agent Współzawierający umowę ubezpieczenia, informuje, że jest Agentem Ubezpieczeniowym działającym w imieniu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeniowe na Życie S.A Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie.

Jako Agent Ubezpieczeniowy jesteśmy wpisani do rejestru agentów KNF pod nr 11238391/A, który jest dostępny na stronie pod adresem <https://rpu.knf.gov.pl/search/agent>. Wpis do rejestru można sprawdzić poprzez wpisanie naszych danych na powyższej stronie lub poprzez zapytanie do Komisji Nadzoru Finansowego.

Jako Agent Ubezpieczeniowy otrzymujemy wynagrodzenie stanowiące połączenie prowizji, która jest uwzględniona w kwocie składki ubezpieczeniowej i innych rodzajów wynagrodzenia.

Ponadto informujemy o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi, jak i pozasądowego rozwiązywania sporów.

Dane Klienta

Klient jest:

- osobą fizyczną osobą prawną

Imię i nazwisko/Nazwa: _____

PESEL/Regon: _____

Nr telefonu: _____

e-mail: _____

Oświadczenie Klienta:

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*/OFWCA poinformował mnie, że informacje, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń mogą 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*/OFWCA w zakresie podejmowanych przez niego czynności dystrybucyjnych, co do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową.

Analiza potrzeb Klienta przygotowana w oparciu o:

- rozmowę bezpośrednią z Klientem korespondencję elektroniczną

RODZAJ UBEZPIECZENIA:

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

UBEZPIECZAJĄCY/UBEZPIECZONY:

- UMOWA NA WŁASNY RACHUNEK
- NA RZECZ OSOBY TRZECIEJ

WARUNKI OCHRONY:

- OCHRONA ŻYCIA I ZDROWIA
- UBEZPIECZENIE TYLKO NA WYPADEK ZGONU
- UBEZPIECZENIE PAKIETOWE (GRUPA OTWARTA, GRUPOWE, UPROSZCZONY PROCES ZAWARCIA)
- 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)
- NA WYPADEK ZDARZEŃ DOT. ŻYCIA DZIECI LUB NA OCHRONĘ FINANSOWĄ
- ROZSZERZENIE UMOWY O DODATKOWE RYZYKA UBEZPIECZENIOWE

Podpis Klienta_____
Podpis Agenta Ubezpieczeniowego/OFWCA

* nie dotyczy, gdy umowa zawierana jest przez OFWCA