

ANALIZA POTRZEB KLIENTA

Miejscowość: _____ Data przeprowadzenia APK: _____

Analiza potrzeb Klienta przygotowana w oparciu o:

- rozmowę bezpośrednią z Klientem korespondencję elektroniczną

INFORMACJE O POŚREDNIKU

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. Jerozolimskie 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.

OŚWIADCZENIA KLIENTA

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych".

Oświadczam, że wyrażam zgodę wobec Agentu 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.

Oświadczam, że rezygnuję z papierowej formy przedstawienia mi przez Agentu ubezpieczeniowego*/ OFWCA informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, dotyczących podejmowanych wobec mnie czynności dystrybucyjnych, w tym informacji o proponowanym mi na podstawie ankiety potrzeb klienta produkcie ubezpieczeniowym i wyrażam zgodę na przedstawienie mi powyższych informacji za pośrednictwem:

- adresu e-mail: _____

Wyrażam zgodę na kontakt Agentu ubezpieczeniowego*/ OFWCA w zakresie informacyjnym dotyczącym czynności obsługowych w procesie objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową (wyłącznie wsparcie procesu):

- telefonicznie/sms: _____

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe, zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

KLIENTE, CZY TO TY JESTEŚ ZAINTERESOWANY UBEZPIECZENIEM CZY REPREZENTUJESZ OSOBĘ PRAWNĄ?

- OSOBA FIZYCZNA Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

- OSOBA PRAWNA Nazwa: _____ REGON: _____

KOMU MAMY ZAPEWNIĆ OCHRONĘ UBEZPIECZENIOWĄ?

- CHCĘ UBEZPIECZYĆ SIEBIE

- CHCĘ UBEZPIECZYĆ OSOBĘ MI BLISKĄ Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

- CHCĘ UBEZPIECZYĆ PRACOWNIKÓW

RODZAJ UBEZPIECZENIA:

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

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

W WYNIKU PRZEPROWADZONEJ ANALIZY POTRZEB KLIENTA ZOSTAŁO MI ZAPROPONOWANE UBEZPIECZENIE:

Podpis Klienta

Podpis Agenta Ubezpieczeniowego/OFWCA

* nie dotyczy, gdy umowa zawierana jest przez OFWCA