

## 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 Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń 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 Agenta Ubezpieczeniowego\* oraz POLISA-ŻYCIE Ubezpieczenia Sp. z o.o. działających w imieniu Vienna Life 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 Agenta 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 Agenta 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.

## KLIENTCIE, 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

## JAKIM UBEZPIECZENIEM JESTEŚ ZAINTERESOWANY?

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

## NA JAKIEJ OCHRONIE ZALEŻY CI NAJBARDZIEJ?

- 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)

## WSKAŹ, CO POWINNO OBEJMOWAĆ PRZYSZŁE UBEZPIECZENIE?

- ZABEZPIECZENIE SIEBIE – ŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO
- ZABEZPIECZENIE BLISKICH NA WYPADEK ŚMIERCI
- NA WYPADEK ZDARZEŃ DOT. ŻYCIA DZIECI LUB NA OCHRONĘ FINANSOWĄ
- ZABEZPIECZENIE SIEBIE I RODZINY W RAMACH UMOWY ROZSZERZONEJ O DODATKOWE RYZYKA takie jak: zdarzenia NW, na wypadek choroby (np. POWAŻNE ZACHOROWANIE, LECZENIE SZPITALNE) i obejmujące świadczenia rodzinne (np. ZGON RODZICA, MAŁŻONKA, URODZENIE DZIECKA, ETC.)

## CZY CHCESZ, ŻEBY PRODUKT UBEZPIECZENIOWY UWZGLĘDNIŁ CZYNNIKI ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU?

- NIE
- TAK

i

**Produkty uwzględniające czynniki zrównoważonego rozwoju** to produkty, które mają pozytywny wpływ na środowisko (np. chronią środowisko naturalne, ograniczają jego zanieczyszczenie, wspierają odnawialne źródła energii) i/lub społeczeństwo (wspierają wrażliwe grupy społeczeństwa, promują profilaktykę zdrowotną, czy dobrostan psychiczny).

## W WYNIKU PRZEPROWADZONEJ ANALIZY POTRZEB KLIENTA ZOSTAŁO MI ZAPROPONOWANE UBEZPIECZENIE

\_\_\_\_\_  
Podpis Klienta

\_\_\_\_\_  
Podpis Agenta Ubezpieczeniowego/OFWCA

\* nie dotyczy, gdy umowa zawierana jest przez OFWCA