



DATA .....

# ARKUSZ ANALIZY POTRZEB I WYMAGAŃ KLIENTA

Analiza wynika z przepisów Ustawy z dnia 15 grudnia 2017r. Dz. U. 2017 poz. 2486 o dystrybucji ubezpieczeń, na podstawie której Agent : **MARSEB Agnieszka Bajek NIP 9511625823 ul. Godebskiego 22b Raszyn** zobowiązany jest do rozpoznania wymagań i potrzeb klienta.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że niniejsze wypełnienie Analizy jest dobrowolne, oraz otrzymałam/em informację, że w przypadku odmowy wypełnienia niniejszej analizy, Agent ubezpieczeń ma ograniczoną możliwość dokonania oceny moich potrzeb ubezpieczeniowych.


Imię i nazwisko / PESEL: .....

Nazwa Firmy / REGON: .....

Adres: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

 ODMAWIAM WYPEŁNIENIA ANALIZY POTRZEB KLIENTA WZNAWIAM POLISĘ NA KOLEJNY ROK NA TAKICH SAMYCH ZASADACH JAK W ROKU UBIEGŁYM ( BEZ ANALIZY POTRZEB)

RODZAJ UBEZPIECZENIA	JESTEM ZAINTERESOWANY	SZCZEGÓŁOWY ZAKRES
 <b>UBEZPIECZENIA KONNE</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> do rozważenia w przyszłości	<input type="checkbox"/> życie konia <input type="checkbox"/> zdrowie konia <input type="checkbox"/> kradzież i rabunek konia <input type="checkbox"/> operacje ratujące życie i zdrowie konia <input type="checkbox"/> NNW jeźdźca <input type="checkbox"/> OC posiadacza konia <input type="checkbox"/> OC instruktora jazdy konnej <input type="checkbox"/> trwała utrata zdolności użytkowej <input type="checkbox"/> trwała utrata zdolności rozplodowej

Czy jesteś właścicielem lub posiadasz inny tytuł prawny do konia lub jesteś zainteresowany zawarciem ubezpieczenia konia na rzecz jego właściciela? TAK / NIE

Czy jesteś zainteresowany ubezpieczeniem konia od ryzyka śmierci, uśmiercenia z konieczności, kradzieży, rabunku i uboju z zamiarem kradzieży lub ubezpieczeniem kosztów operacji konia lub ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej posiadacza konia? TAK / NIE

Czy jesteś zainteresowany zawarciem ubezpieczenia, w ramach którego ochroną mogą być objęte konie, które ukończyły 7. dzień życia? TAK / NIE

Czy akceptujesz, że ochroną ubezpieczeniową nie są objęte w szczególności konie hodowane na cele rzeźne? TAK / NIE

## PYTANIA DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA KONIA:

Czy koń w ciągu ostatnich 12 miesięcy był leczony lub miał przeprowadzone zabiegi weterynaryjne? (z wyłączeniem kastracji) TAK / NIE    Jeśli tak proszę opisać.

Czy koń w chwili przyjęcia do ochrony ubezpieczeniowej jest chory, wykazuje objawy chorobowe? TAK / NIE    Jeśli tak proszę opisać.

Czy istnieją lub istniały zmiany na organach rozrodczych, które wskazują na chorobę lub przebyte choroby? TAK / NIE    Jeśli tak proszę opisać.

Czy koń w ciągu ostatnich 12 miesięcy doznał bólu i dyskomfortu w obrębie układu pokarmowego? TAK / NIE    Jeśli tak proszę opisać.

Czy u konia w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpiła nierówność ruchu, bolesność kończyn (podczas ruchu lub spoczynku) lub sztywność kończyn? TAK / NIE    Jeśli tak proszę opisać.

