



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
 PRYWATNA OPIEKA MEDYCZNA	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> do rozważenia w przyszłości	<input type="checkbox"/> wizyty u lekarza pierwszego kontaktu <input type="checkbox"/> wizyty u lekarzy specjalistów <input type="checkbox"/> pakiet dla rodziny <input type="checkbox"/> pakiet indywidualny <input type="checkbox"/> pakiet dla pracodawcy i pracowników <input type="checkbox"/> badania diagnostyczne <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> tomografia <input type="checkbox"/> rezonans magnetyczny <input type="checkbox"/> stomatologia

.....
czytelny podpis klienta

Na podstawie APK wystawiono polisę TU

Uwagi:

data i podpis agenta