



DATA .....

# ARKUSZ ANALIZY POTRZEB 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: .....

Wykonywany zawód .....

 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	
 UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> do rozważenia w przyszłości	<input type="checkbox"/> Życie <input type="checkbox"/> Wypadki <input type="checkbox"/> Zdrowie <input type="checkbox"/> Leczenie a granicą <input type="checkbox"/> Poważne zachorowania	<input type="checkbox"/> Indywidualne <input type="checkbox"/> Rodzinne <input type="checkbox"/> Grupowe <input type="checkbox"/> Utrata dochodów <input type="checkbox"/> Druga opinia medyczna

Czy jesteś zainteresowany/a ubezpieczeniem ochronnym zapewniającym zabezpieczenie finansowe dla Ciebie i Twoich bliskich? TAK / NIE

Czy jesteś zainteresowany/a szerokim zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmującym ryzyka chorobowe i wypadkowe, z wysokościami świadczeń dopasowanymi przez zakład ubezpieczeń do różnych potrzeb w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia ? TAK / NIE

Czy jesteś zainteresowany/a objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej umowy również swoich bliskich? TAK / NIE

Czy jesteś zainteresowany/a ubezpieczeniem umożliwiającym indywidualne dopasowanie zakresu ochrony ubezpieczeniowej i wysokości świadczeń? TAK / NIE

-Czy jesteś zainteresowany/a zabezpieczeniem siebie i swoich bliskich na wypadek zdarzeń związanych z nieszczęśliwym wypadkiem (np. trwały uszczerbek na zdrowiu, leczenie szpitalne, trwałe inwalidztwo)? TAK / NIE

- Czy jesteś zainteresowany/a zabezpieczeniem siebie na wypadek choroby (np. poważne zachorowanie, leczenie szpitalne, operacje medyczne)? TAK / NIE

- Czy jesteś zainteresowany/a zabezpieczeniem siebie na wypadek niezdolności do pracy? TAK / NIE

- Czy jesteś zainteresowany/a objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej umowy również dziecko/dzieci? TAK / NIE

- Czy jesteś zainteresowany/a objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej umowy również małżonka/partnera? TAK / NIE

Czy jesteś zainteresowany/a ubezpieczeniem zapewniającym zabezpieczenie finansowe Twojego dziecka, które nie ukończyło 15 lat, na start w dorosłe życie? TAK / NIE

Czy jesteś zainteresowany/a ubezpieczeniem ochronnooszczędnościowym łączącym zabezpieczenie finansowe dla Ciebie i Twoich bliskich z możliwością gromadzenia środków na przyszłość? TAK / NIE

Czy jesteś zainteresowany/a zabezpieczeniem siebie i swoich bliskich na wypadek zdarzeń związanych z nieszczęśliwym wypadkiem? TAK / NIE

Czy jesteś zainteresowany/a zabezpieczeniem siebie na wypadek choroby (np. poważnego zachorowania, leczenia szpitalnego, operacji)? TAK / NIE

Czy jesteś zainteresowany/a przejęciem opłacania składek w przypadku niezdolności do pracy? TAK / NIE

Czy jesteś zainteresowany/a podwyższeniem zabezpieczenia bliskich na wypadek śmierci? TAK / NIE

Czy jesteś zainteresowany/a inwestowaniem w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe (UFK), biorąc pod uwagę, że Towarzystwo, działając w najlepiej pojętym interesie Klienta, dąży do osiągnięcia możliwie najlepszego wyniku inwestycyjnego, przedkładając go ponad realizację celów związanych ze zrównoważonym rozwojem? TAK / NIE

Czy przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim, za wyjątkiem sytuacji, gdy zwolnienie lekarskie dotyczy/dotyczyło tylko i wyłącznie: złamania kończyny dolnej lub górnej, skręcenia lub zwichnięcia kończyny dolnej lub górnej, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków podniebiennych lub zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie (np. dziecko, małżonka)? TAK / NIE

Czy w ciągu ostatniego roku przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 31 kolejnych dni, za wyjątkiem sytuacji, gdy zwolnienie lekarskie dotyczy/dotyczyło tylko i wyłącznie: złamania kończyny dolnej lub górnej, skręcenia lub zwichnięcia kończyny dolnej lub górnej, usunięcia wyrostka robaczkowego, migdałków podniebiennych, ciąży lub porodu lub zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie (np. dziecko, małżonka)? TAK / NIE

Czy przebywa Pan/Pani w szpitalu, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w innej placówce zajmującej się opieką nad chorymi, w tym Domu Pomocy Społecznej? TAK / NIE

Czy jest Pan/Pani zakażony/a koronawirusem (SARS-CoV-2/COVID-19), czy przebywa Pan/Pani na kwarantannie, czy zalecono Panu/Pani wykonanie testu na obecność Covid19, czy oczekuje Pan/Pani na wynik testu na obecność Covid19? TAK / NIE

Czy posiada Pan/Pani: uprawnienia do otrzymywania świadczenia rehabilitacyjnego, orzeczenia o niepełnosprawności, orzeczenia o niezdolności do pracy lub służby (nie dotyczy kategorii zdolności do czynnej służby określonej podczas pierwszej kwalifikacji wojskowej oraz orzeczenia komisji lekarskiej w procesie ubiegania się o powołanie do Wojsk Obrony Terytorialnej) zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji, oraz czy ubiega się Pan/Pani obecnie lub ubiegał/ła się o wydanie któregośkolwiek z nich w ciągu ostatnich 3 lat? TAK / NIE

Czy pali Pan/Pani papierosy? TAK / NIE      Ile tygodniowo -

Czy spożywa Pan/Pani alkohol? TAK / NIE      Jak często – codziennie, raz w tygodniu, kilka razy w tygodniu, w weekendy.

Waga.....      Wzrost.....

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie, również w przeszłości, a także nie leczyłem/łam się i nie lecę się z powodu żadnego z poniższych schorzeń:  
wad wrodzonych i rozwojowych,  
wad lub chorób serca, zawału serca, przewlekłych chorób płuc, udaru mózgu, niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności – HIV, żółtaczkę typu B i C - wirusowego zapalenia wątroby typu B i C.  
Nie orzeczono u mnie znacznego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, w poprzednim stanie prawnym:  
I grupa inwalidztwa), umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy, w poprzednim stanie prawnym: II grupa inwalidztwa) lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

.....  
czytelny podpis klienta

Na podstawie APK wystawiono polisę ..... TU .....

Uwagi : .....

Data i podpis agenta .....