ANALIZA POTRZEB KLIENTA

! Przed zawarciem umowy ubezpieczenia pośrednik zgodnie z Ustawą z dnia 15 grudnia 2017r. Dz. U. 2017 poz. 2486 o dystrybucji ubezpieczeń, zobowiązany jest do rozpoznania wymagań i potrzeb klienta oraz rzetelnego podania w zrozumiałej formie obiektywnych informacji o produkcie ubezpieczeniowym w celu umożliwienia klientowi podjęcia świadomiej decyzji, aby przedstawiona oferta ubezpieczenia dla klienta była najkorzystniejsza oraz zgodna z wymaganiami i potrzebami w zakresie jego ochrony ubezpieczeniowej.

Obowiązek informacyjny wynikający z przepisów prawa

Zanim przystąpisz do przeprowadzenia APK przekaż klientowi:

- ❑ Wgląd do pełnomocnictwa/pełnomocnictw
- ❑ Informację na rzecz których zakładów ubezpieczeń wykonujesz działalność agencyjną
- ❑ Informację o firmie, na rzecz której wykonujesz działalność agencyjną i adresie siedziby
- ❑ Informację o numerze wpisu do rejestrów agentów
- ❑ Informację o możliwości złożenia reklamacji
- ❑ Informację o charakterze wynagrodzenia

Pamiętaj o przekazaniu Klientowi Obowiązku Informacyjnego Administratora Danych Osobowych, stanowiącego załącznik do Analizy Potrzeb Klienta.

ANALIZA POTRZEB KLIENTA

Miejscowość: _____

Data przeprowadzenia APK: _____

Analiza potrzeb klienta przygotowana w oparciu o:

☐rozmowę bezpośrednią z klientem ☐kontakt telefoniczny ☐korespondencję elektroniczną

Dane klienta:

Imię i nazwisko/nazwa: _____

PESEL/REGON: _____

Nr telefonu: _____

e-mail: _____

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.
Oświadczam, że wyrażam zgodę wobec Agenta 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 (Dz.U.2019.1881 z późn. zm.).
Oświadczam również, że Agent Ubezpieczeniowy poinformował mnie, że informacje, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń mogę otrzymać na moje żądanie za pośrednictwem poczty e-mail, jeżeli wyrażę wolę takiego przekazania zamiast przekazania tych informacji w formie papierowej.
Oświadczam, że podane przeze mnie dane (w tym adres e-mail, nr telefonu) są prawdziwe, zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy i podaje te dane na potrzeby kontaktu elektronicznego/telefonicznego z Agentem ubezpieczeniowym w zakresie podejmowanych przez niego czynności dystrybucyjnych, co do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową.

WIEK KLIENTA: ☐

PREFEROWANA SUMA UBEZPIECZENIA KLIENTA NA WYPADEK ZGONU ☐ ZŁ

PREFEROWANA WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ SKŁADKI W ZŁ

☐ 40-50 ☐ 50-70 ☐ 70-100 ☐ 100-200 ☐ INNA: ☐

RODZAJ UBEZPIECZENIA:

☐ UBEZPIECZENIE OCHRONNE NA ŻYCIE

☐ UBEZPIECZENIE INWESTYCYJNE (UFK)

☐ UBEZPIECZENIE KAPITAŁOWE (oszczędzanie)

UBEZPIECZAJĄCY/UBEZPIECZONY:

☐ UMOWA NA WŁASNY RACHUNEK ☐ NA RZECZ OSOBY TRZECIEJ

ANALIZA POTRZEB KLIENTA

WARUNKI OCHRONY:

☐ OCHRONA ŻYCIA I ZDROWIA

☐ UBEZPIECZENIE TYLKO NA WYPADEK ZGONU

☐ UBEZPIECZENIE PAKIETOWE (GRUPA OTWARTA, 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. ZGOD 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)

☐ ZABEZPIECZENIE ŚRODKÓW NA OCHRONĘ FINANSOWĄ DZIECI

☐ ROZSZERZENIE UMOWY O DODATKOWE RYZYKA UBEZPIECZENIOWE?

☐ INNE: _____

Oświadczam, że w procesie doboru produktu ubezpieczeniowego przedstawiłam/em wszystkie niezbędne informacje potrzebne do określenia przez Agenta Ubezpieczeniowego moich wymagań i potrzeb oraz przedstawiono mi obiektywne informacje o oferowanym mi produkcie ubezpieczeniowym, co do których rzetelności nie zgłaszam zastrzeżeń. W związku z tym, przed zawarciem umowy ubezpieczeniowej, podjęłam/podjąłem świadomą decyzję o wyborze produktu ubezpieczeniowego i nie zgłaszam zastrzeżeń co do czynności dystrybucyjnych przeprowadzonych przez Agenta ubezpieczeniowego.

☐ TAK ☐ NIE

W wyniku przeprowadzonej Analizy Potrzeb Klienta zostało mi zaproponowane ubezpieczenie:

_____

_____ _____

Pieczęć Agenta/ID
i podpis Agenta/OFWCA Agenta

podpis klienta