

Ubezpieczenie komunikacyjne

Analiza potrzeb

field2
1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. Adres email:
4. Nr telefonu:

Analiza Potrzeb Ubezpieczeniowych Klienta

Wypełnienie Ankiety jest wymogiem prawnym wynikającym z art. 8 ust 1 i 3 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń oraz obowiązkiem dystrybutora ubezpieczeń uzyskania informacji, na podstawie których określi wymagania i potrzeby klienta w zakresie ochrony ubezpieczeniowej.

Odmowa wypełnienia poniższej Ankiety uniemożliwia dystrybutorowi poznanie wymagań i potrzeb na podstawie których mógłby przedstawić ofertę.

Czy przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia ma być pojazd mechaniczny zarejestrowany w Polsce?
☐ Nie
Czy jesteś zainteresowana/y zakupem ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu?
☐ Tak
☐ Nie
Czy jesteś zainteresowana/y ubezpieczeniem pojazdu na wypadek uszkodzenia bądź kradzieży pojazdu (AC)?
☐ Nie
Czy zależy Ci na zapewnieniu świadczeń pieniężnych dla kierującego pojazdem i jego pasażerów w razie np. uszkodzenia ciała bądź śmierci w następstwie wypadku samochodowego (NNW)?

☐ Nie

Czy ważna jest dla Ciebie ochrona ubezpieczeniowa w zakresie w razie awarii lub unieruchomienia pojazdu w czasie podróży (ASS)?

☐ Nie

Czy zależy Ci na dodatkowym ubezpieczeniu szyb?

☐ Tak

☐ Nie

Czy ubezpieczany pojazd wykorzystywany jest do prowadzenia działalności?

☐ Tak

☐ Nie

Dane pojazdu

UWAGA - należy uzupełnić wg dowodu rejestracyjnego!

1. Data rozpoczęcia ochrony:

2. Rodzaj pojazdu

- Wybierz -



3. Marka

4. Rok produkcji

4. Rok produkcji: Rok

Rok



5. Data pierwszej rejestracji:

6. Rok nabycia

6. Rok nabycia: Rok

Rok



7. Model

8. TYP/wersja wyposażenia

9. Moc (KW)

10. Rodzaj paliwa

11. Pojemność (cm3)

12. Rodzaj skrzyni biegów

- ☐ Manualna skrzynia biegów
☐ Automatyczna skrzynia biegów

13. Ilość drzwi

14. Liczba miejsc

15. WARTOŚĆ POJAZDU WG FAKTURY ZAKUPU

DOTYCZY TYLKO POJAZDÓW KUPIONYCH BEZPOŚREDNIO OD DEALERA - I
REJESTRACJA

16. Aktualny przebieg (km)

17. Numer rejestracyjny

18. Numer VIN

Pozostałe dane

19. Przewidywany roczny przebieg

- Brak - ▼

20. Miejsce parkowania w nocy

- Brak - ▼

21. Jak długo pojazd będzie użytkowany za granicą?

- Brak - ▼

22. Przeznaczenie pojazdu

- Brak - ▼

23. Czy pojazd był sprowadzany?

- ☐ Tak
☐ Nie

24. Czy kierownica jest po prawej stronie?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

25. Czy pojazd jest zarejestrowany jako ciężarowy?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

26. Czy pojazd jest przedmiotem leasingu?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Leasingodawca tabela

27. Leasingodawca

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Nr:

Ulica:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

PKD:

REGON:

NIP:

Pełna nazwa:

field4

28. Leasingobiorca

- ☐ Osoba fizyczna
- ☐ Spółka cywilna
- ☐ Osoba fizyczna prowadząca działalność

☐ Firma

Czy jest ubezpieczającym?

☐ Tak

☐ Nie

Czy jest właścicielem pojazdu?

☐ Tak

☐ Nie

Czy jest głównym użytkownikiem pojazdu?

☐ Tak

☐ Nie

Pełna nazwa:

Imię i nazwisko**:

Pesel**:

NIP:

REGON:

PKD:

Nr tel:

Email:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica:

Nr:

Data uzyskania prawa jazdy**:

field6

☐ 29. Właściciel - wg dowodu rejestracyjnego

- ☐ Osoba fizyczna
- ☐ Spółka cywilna
- ☐ Osoba fizyczna prowadząca działalność
- ☐ Firma

Czy jest ubezpieczającym?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Czy jest właścicielem pojazdu?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Czy jest głównym użytkownikiem pojazdu?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Pełna nazwa:

Pesel**:

Imię i nazwisko**:

NIP:

REGON:

PKD:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica:

Nr:

Nr tel:

Email:

Data uzyskania prawa jazdy**:

field7

30. Czy w dowodzie rejestracyjnym widnieje współwłaściciel?

☐ Tak

☐ Nie

Współwłaściciel tabela

Pełna nazwa:

Imię i nazwisko**:

NIP:

REGON:

PKD:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica:

Nr:

Pesel**:

Data uzyskania prawa jazdy**:

**dotyczy osób fizycznych i osób fizycznych prowadzących działalność

DODATKOWY UŻYTKOWNIK

31. Czy pojazd jest użytkowany przez inne osoby?

(29 lat lub młodsze, lub/i posiadające prawo jazdy poniżej 36-mcy lub krócej?)

☐ Tak

☐ Nie

Data urodzenia:

Data uzyskania prawa jazdy:

Nasz Pracownik skontaktuje się z Tobą najszybciej (na wskazany w sekcji 28/29 nr telefonu/adres email) jak to będzie możliwe, pracujemy od poniedziałku do piątku w godzinach 8-16

Wy?lij

- [Udostępnij](#)
- [Drukuj](#)
- [PDF](#)