

**ANKIETA POTRZEB KLIENTA W ZAKRESIE: ZABEZPIECZENIE RYZYKA UTRATY ŻYCIA LUB ZDROWIA
NR APK-Z-364457**

ŁUKASZ CHOMIK
imię i nazwisko/pełna nazwa firmy
4300214
nr ID

Szanowna Pani, Szanowny Panie

Stosownie do wymogów ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku (Dz.U.2017.2486 z dnia 2017.12.29) proponowana Pani/Panu umowa ubezpieczenia powinna być zgodna Pani/Pana z wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Pani/Pana potrzeby i wymagania zostały określone w poniższej Ankiecie Potrzeb Klienta.

Uprzejmie prosimy o potwierdzenie zapisanych w Ankiecie odpowiedzi. Na ich podstawie zaproponujemy Pani/Panu umowę ubezpieczenia zgodną z określonymi w Ankiecie wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej.

UDZIELONE ODPOWIEDZI:

KOGO CHCESZ OBJĄĆ OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ?

- SIEBIE LUB SVOICH BLISKICH

JAKI ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ CHCE PAN/PANI UZYSKAĆ?

- ZABEZPIECZENIE MOICH BLISKICH NA WYPADEK MOJEJ ŚMIERCI

KTÓRE Z PONIŻSZYCH JEST DLA PANA / PANI ISTOTNE, ABY ZABEZPIECZYĆ?

- ZABEZPIECZENIE MOICH BLISKICH, GDYBY MNIE ZABRAKŁO
- SPŁATA ZOBOWIĄZAŃ, GDYBY MNIE ZABRAKŁO

- ZABEZPIECZENIE MOJEGO ZDROWIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY

NA WYPADEK JAKICH ZDARZEŃ CHCIAŁBY SIĘ PAN / CHCIAŁABY SIĘ PANI ZABEZPIECZYĆ?

- CHCĘ UZYSKAĆ OCHRONĘ NA WYPADEK POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

NA WYPADEK JAKICH ZDARZEŃ CHCIAŁBY SIĘ PAN / CHCIAŁABY SIĘ PANI ZABEZPIECZYĆ?

- CHCĘ UZYSKAĆ WSPARCIE FINANSOWE W PRZYPADKU POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

PODAJ WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ KWOTY, KTÓRĄ JESTEŚ W STANIE PRZEZNACZYĆ NA REALIZACJĘ SWOICH POTRZEB UBEZPIECZENIOWYCH?

- DO 100 Zł

Potwierdzam tożsamość
oraz autentyczność podpisu Klienta

data i podpis Współpracownika

data i podpis Klienta