

# 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? <input type="radio"/> Nie
---

Czy jesteś zainteresowana/y zakupem ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
--

Czy jesteś zainteresowana/y ubezpieczeniem pojazdu na wypadek uszkodzenia bądź kradzieży pojazdu (AC)? <input type="radio"/> 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 (cm<sup>3</sup>)

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](#)