

Jaki zakres ochrony Cię interesuje?

imie i nazwisko

OC	AC	ASSISTANCE	POZOSTAŁE
☐ OC ☐ GRANICZNE ☐ ZIELONA KARTA ☐ OCHRONA ZNIŻEK	☐ AC SERWIS ☐ AC WARSZTAT ☐ AC KOSZTORYS ☐ AC MINI ☐ OCHRONA ZNIŻEK	☐ WYPADEK ☐ AWARIA ☐ POLSKA ☐ EUROPA	☐ NNW ☐ OPONY ☐ GAP ☐ BAGAŻ ☐ SZYBY ☐ OCHRONA PRAWNA ☐ INNE

[illegible][illegible]

☐ POLSKA ☐ EUROPA ☐ ŚWIAT [BEZ USA, KANADY, CHIN I JAPONII] ☐ ŚWIAT	☐ KOSZTY LECZENIA ☐ NNW ☐ OC W ŻYCIU PRYWATNYM ☐ BAGAŻ	☐ CHOROBY PRZEWLEKŁE ☐ WYPOCZYNEK ☐ PRACA FIZYCZNA ☐ INNE	☐ SPORT ☐ SPRZĘT SPORTOWY ☐ KOSZTY REZYGNACJI
--	---	--	--

OC Z TYT. WYKON. ZAWODU OSOBY FIZYCZNEJ ☐ OBOWIĄZKOWE ☐ DOBROWOLNE ☐ ZAWÓD MEDYCZNY ☐ POZOSTAŁE ZAWODY 	NNW ☐ NNW ☐ ASSISTANCE ☐ HIV / WZW ☐ INNE 	OC W ŻYCIU PRYWATNYM ☐ OC ☐ WYNAJMUJĄCY ☐ NAJEMCA ☐ INNE 	UBEZPIECZ. ZDROWOTNE ☐ INDYWIDUALNE ☐ GRUPOWE ☐ SZPITAL ☐ INNE
---	--	---	---

1. Potwierdzam, że zapropionowane przez Pośrednika przekazywane mi ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialności mojej odpowiedzialności Agencji w toku analizy moich wymagań i potrzeb związanych z poszukiwaniem przez mnie ochrony ubezpieczeniowej. Jestem świadomy, że pominięcie przeze mnie określonych wymagań co do zakresu poszukiwanej ochrony ubezpieczeniowej albo udzielenie odpowiedzi niezgodnych ze stanem faktycznym, może skutkować niedopasowaniem proponowanej mi przez Pośrednika ochrony ubezpieczeniowej do moich rzeczywistych wymagań i potrzeb.
2. Potwierdzam, że zostałem poinformowany o: firmie pod którą obsługujemy mnie Agencja prowadzi działalność agencji, adresie siedziby Agenta, liście zakładów ubezpieczeń na rzecz których Agencja jest członkiem, numerze wpisu do rejestru Agencji, adresie strony internetowej, na której rejestr agencji jest dostępny oraz co do sposobu sprawdzenia wpisu do rejestru, charakterze otrzymywanego przez Agenta wynagrodzenia oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz posadogowego rozwiązywania sporów.
3. Potwierdzam udostępnienie mi przy pierwszej czynności agencji pełnomocnictwa udzielonego przez właściwego ubezpieczającego Agencji do zawierania i (w imieniu moim) ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych oraz dokumentu upoważniającego Pośrednika do działania w imieniu Agenta.
4. Potwierdzam otrzymanie w zrozumiałej formie obiektywnych (jasych, rzetelnych i niewprowadzających w błąd) informacji o produkcie ubezpieczeniowym (w tym: warunków ubezpieczenia oraz dokumentu zawierającego niniejszą umowę), w tym: o skutkach i odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia, w tym: o skutkach i odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia, w tym: o skutkach i odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia.
5. Potwierdzam otrzymanie informacji o administracji ze moich danych osobowych przetwarzanych w związku z przeprowadzoną analizą wymagań i potrzeb, ubezpieczeniowych oraz zawieraniem umowy.

.....
podpis Agenta

.....
miejsowość, data

podpis Klienta

Po przeprowadzonej APK wystawiono polise o nr