



Ankieta dotycząca potrzeb klienta w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia osobowego

PYTANIA:

1. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana posiadaniem ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków?
 tak nie
2. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana posiadaniem ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń – świadczenie wynosi 1% sumy ubezpieczenia za 1% uszczerbku na zdrowiu?
 tak nie
3. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której, zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana posiadaniem ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, w którym funkcjonuje progresywny system wypłaty świadczeń charakteryzujący się wysokimi odszkodowaniami w przypadku doznania poważnego uszczerbku na zdrowiu przez ubezpieczonego?
 tak nie
4. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której, zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana posiadaniem ubezpieczenia z wypłatą świadczenia w przypadku śmierci osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie wypłacane na rzecz osoby lub osób Uprawnionych?
 tak nie
5. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana objęciem ubezpieczeniem również członków swoich rodzin tj. małżonków/ partnerów i/lub dzieci?
 tak nie
6. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana posiadaniem ubezpieczenia od krótkotrwałej niezdolności do pracy?
 tak nie
7. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana otrzymaniem dodatkowego świadczenia w przypadku pobytu w szpitalu?
 tak, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem
 tak, w związku z chorobą
 tak, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem i chorobą
 nie
8. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana otrzymaniem dodatkowego świadczenia w przypadku operacji?
 tak, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem
 tak, w związku z chorobą
 tak, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem i chorobą
 nie
9. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana otrzymaniem dodatkowego świadczenia w przypadku zdiagnozowania u ubezpieczonego poważnego zachorowania?
 tak nie
10. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana ubezpieczeniem opieki medycznej polegającym na częściowym zwrocie kosztów poniesionych za wizyty lekarskie?
 tak nie
11. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia chce mieć zapewnioną pomoc Assistance w razie nieszczęśliwego wypadku (m.in. wizyta lekarza Centrum Assistance, wizyta pielęgniarki czy transport medyczny do placówki medycznej)?
 tak nie



Ankieta dotycząca potrzeb klienta w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia osobowego

12. Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest:
- osobą niepracującą fizycznie
 - osobą pracującą fizycznie
 - osobą wykonującą pracę w przemyśle energetycznym przy urządzeniach wysokiego napięcia, przemyśle górniczym, ratownikiem górskim
 - członkiem ochotniczej straży pożarnej, młodzieżowej drużyny pożarnej, kobiecej drużyny pożarnej
 - żadna z powyższych
13. Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest:
- emerytem
 - dzieckiem, które nie ukończyło 18 lat
 - żadna z powyższych
14. Jakim trybem opłacania składki jest Pan/Pani zainteresowany/a:
- jednorazowa płatność za cały okres ubezpieczenia
 - płatność ratalna (miesięcznie, kwartalnie, półrocznie)
15. Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a ubezpieczeniem z okresem ubezpieczenia dłuższym niż 12 miesięcy:
- tak
 - nie

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Ubezpieczającego

Numer polisy

- Odmawiam wypełnienia niniejszej ankiety i oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku odmowy wzięcia udziału w ankiecie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group ma ograniczoną możliwość oceny czy zawierana umowa odpowiada moim potrzebom i wymaganiom w zakresie ochrony ubezpieczeniowej.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Ubezpieczającego