



Ankieta dotycząca potrzeb klienta w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia zdrowotnego

PYTANIA:

1. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana posiadaniem ubezpieczenia zdrowotnego zapewniającego szybką i bezgotówkową pomoc w prywatnych placówkach medycznych w związku z wystąpieniem choroby lub nieszczęśliwego wypadku?
 tak nie
2. Czy chciałby/aby Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia mieć możliwość korzystania z prywatnych placówek medycznych w zakresie konsultacji lekarzy specjalistów, badań diagnostycznych i innych świadczeń medycznych?
 tak nie
3. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana objęciem ubezpieczeniem swoich: pracowników / członków stowarzyszenia / członków fundacji itp.?
 tak nie
4. 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
5. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana objęciem ubezpieczeniem swoich pracowników i osób przyjmowanych do pracy w zakresie Medycyny Pracy?
 tak nie
6. W jakim wieku jest osoba / osoby na rzecz których zawierana jest umowa ubezpieczenia?
 wszystkie osoby są poniżej 65 roku życia
 wśród osób przystępujących występują osoby w wieku 65 – 67 lat
 wśród osób przystępujących występują osoby w wieku 67 – 70 lat
 wśród osób przystępujących występują osoby w wieku 70 – 80 lat
 wśród osób przystępujących występują osoby powyżej 80 roku życia
7. Czy chce Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia mieć zapewnioną pomoc Assistance w razie wystąpienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku (m.in. wizyta lekarza Centrum Assistance, wizyta pielęgniarki czy transport medyczny do placówki medycznej)?
 tak nie
8. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana otrzymaniem dodatkowego świadczenia w przypadku pobytu w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem?
 tak nie
9. Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana otrzymaniem dodatkowego świadczenia w przypadku operacji?
 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