

**ANKIETA POTRZEB KLIENTA
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
BEZPIECZNY PRACOWNIK**

Pytanie	Odpowiedź	
1. Czy Pani/Pan poszukuje ubezpieczenia zapewniającego ochronę w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą/firmą?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2. Czy Pani/Pan poszukuje ochrony ubezpieczeniowej związanej z pracą	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3. Co chce Pani/Pan objąć ochroną ubezpieczeniową?	<input type="checkbox"/> Pojazd	<input type="checkbox"/> Nieruchomość
	<input type="checkbox"/> Mienie ruchome	<input type="checkbox"/> Maszyny
	<input type="checkbox"/> Zdrowie i życie	<input type="checkbox"/> Odpowiedzialność cywilną
4. Na jaki okres miałyby obowiązywać ubezpieczenie?	<input type="checkbox"/> Krótszy okres niż 1 rok	<input type="checkbox"/> 1 rok <input type="checkbox"/> Dłuższy okres niż 1 rok
5. Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a zapewnieniem świadczenia pieniężnego osobom ubezpieczonym w razie trwałego uszkodzenia ciała bądź śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6. Czy którakolwiek z osób zgłaszanych do ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków ukończyła 70 lat?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
7. Czy ochrona ubezpieczenia ma działać przez całą dobę?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
8. Czy którakolwiek z osób zgłaszanych do ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków uprawia sporty wyczynowe/sporty wysokiego ryzyka?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis osoby wypełniającej ankietę

Dziękujemy za wypełnienie ankiety