

ANKIETA POTRZEB KLIENTA DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA BEZPIECZNY PRZEDSIĘBIORCA PLUS

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
PODMIOT			
5. Czy prowadzi Pani/Pan działalność gospodarczą?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
6. Czy chce Pani/Pan ubezpieczyć mienie wykorzystywane do prowadzonej działalności, w TUZ TUW, firmie ubezpieczeniowej z 100% polskim kapitałem?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Jeżeli TAK:	7. Czy posiadasz sprzęt elektroniczny nie starszy niż 7 lat?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	7.1. Czy chce go Pani/Pan ubezpieczyć od wszystkich ryzyk?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jeżeli TAK:	8. Czy zatrudnia Pani/Pan pracowników?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	8.1. Czy chce Pani/Pan ubezpieczyć mienie pracownicze?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
9. Czy wykonuje Pani/Pan transport drogowy mienia (własnego) i chce Pani/Pan je ubezpieczyć przed zniszczeniem lub uszkodzeniem?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
10. Czy chce Pani/Pan zabezpieczyć się przed roszczeniami osób trzecich w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą lub posiadanym mieniem wykupując ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Jeżeli TAK:	11. Czy wykonuje Pani/Pan działalność zawodową?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	11.1. Czy chce Pani/Pan zabezpieczyć się przed roszczeniami osób trzecich w związku z posiadanym mieniem wykupując ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
12. Czy chce Pani/Pan zabezpieczyć się przed poniesieniem dodatkowych kosztów związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej w związku z zakłóceniem lub przerwą w prowadzeniu tej działalności, na skutek szkody w mieniu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
13. Czy chce Pani/Pan zabezpieczyć się przed poniesieniem dodatkowych kosztów związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej w związku z zakłóceniem lub przerwą w prowadzeniu tej działalności, na skutek szkody w mieniu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	

OSOBA FIZYCZNA NIE PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPORCZEJ

Jeżeli tak:	5. Czy jesteś Pani/Pan osobą fizyczną nie prowadzącą działalności gospodarczej posiadającą budynek wielomieszkańcowy?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	5.1. Czy chce Pani/Pan ubezpieczyć budynek wielomieszkańcowy?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	6. Czy w związku posiadaniem budynku wielomieszkańcowego chce Pani ubezpieczyć znajdujące się w nim maszyny, urządzenia lub wyposażenie?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	7. Czy chce Pani/Pan zabezpieczyć się przed roszczeniami osób trzecich w związku z posiadaniem mienia wykupując ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	8. Czy chce Pani/Pan ubezpieczyć szyby od stłuczenia?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....
Miejscowość i data.....
Podpis osoby wypełniającej ankietę*Dziękujemy za wypełnienie ankiety*