

## ANKIETA POTRZEB KLIENTA DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA BEZPIECZNY ROLNIK

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 rolnikiem zobowiązanym do zawarcia umowy ubezpieczenia OC rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
6. Czy jest Pani/Pan właścicielem budynków, które powinny być objęte obowiązkowym ubezpieczeniem budynków rolniczych?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
7. Czy chce Pani/Pan rozszerzyć zakres ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia losowe (tj. dym i sadza, huk ponaddzwiękowy, trzęsienie ziemi, upadek drzewa lub masztu, uderzenia pojazdu lądowego, zalania) nie objęte ubezpieczeniem obowiązkowym budynków rolniczych?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
8. Czy chce Pani/Pan ubezpieczyć inne budynki lub mienie w gospodarstwie rolnym, które nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu budynków rolnych?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
9. Czy chce Pani/Pan ubezpieczyć swoje mienie od ryzyk dodatkowych nie wchodzących w zakres obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolnych?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
10. Czy posiada Pani/Pan maszyny rolnicze i inny sprzęt rolniczy?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Jeżeli TAK:			
10.1. Czy chce Pani/Pan ubezpieczyć w ramach ubezpieczenia Agrocasco maszyny i inny sprzęt rolniczy od szkód polegających na uszkodzeniu, utracie lub zniszczeniu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
11. Czy chce Pani/Pan zabezpieczyć się przed roszczeniami osób trzecich w związku z czynnościami życia prywatnego i posiadanym mieniem?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
12. Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a zapewnić świadczenia pieniężne ubezpieczonym w razie np. trwałego uszkodzenia ciała bądź śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis osoby wypełniającej ankietę

*Dziękujemy za wypełnienie ankiety*