

**ANKIETA POTRZEB KLIENTA  
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA  
ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZAWODOWEJ PRZEWOŹNIKA DROGOWEGO**

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 Pani/Pan jest przedsiębiorcą wykonującym zawód przewoźnika drogowego?	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie
6. Czy ubiega się Pani/Pan o wydanie zezwolenia lub licencji albo też dysponujecie Pani/Pan ważnym zezwoleniem lub licencją uprawniającą do podejmowania i wykonywania działalności gospodarczej w zakresie transportu drogowego rzeczy lub osób lub wykonywania określonego rodzaju transportu drogowego rzeczy lub osób?	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie
7. Czy chce Pani/Pan zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w celu spełnienia wymogu określonego w art. 7 ust. 1 w związku z art. 3 ust. 1 lit. c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) 1071/2009 z dnia 21 października 2009 roku?	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis osoby wypełniającej ankietę

*Dziękujemy za wypełnienie ankiety*