

Ankieta dotycząca potrzeb klienta w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia obowiązkowej odpowiedzialności cywilnej

Wystawiono polisę nr: _____

PYTANIA:

1. Czy Pan/Pani lub podmiot na rzecz którego ma być zawarta umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, obawia się konsekwencji finansowych wynikających ze szkód objętych odpowiedzialnością cywilną:

a) z tytułu wykonywania czynności agencyjnych:	☐ Tak ☐ Nie
b) z tytułu wykonywania działalności brokerskiej:	☐ Tak ☐ Nie
c) przedsiębiorcy za szkody wyrządzone podczas wykonywania czynności detektywa:	☐ Tak ☐ Nie
d) przedsiębiorcy wykonującego działalność gospodarczą w zakresie ochrony osób i mienia:	☐ Tak ☐ Nie
e) organizatora imprez masowych:	☐ Tak ☐ Nie
f) architekta lub inżyniera budownictwa:	☐ Tak ☐ Nie
g) przedsiębiorcy wykonującego działalność gospodarczą w zakresie łowiectwa:	☐ Tak ☐ Nie
h) przedsiębiorcy wykonującego działalność z zakresu usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych:	☐ Tak ☐ Nie
i) podmiotu wykonującego doradztwo podatkowe:	☐ Tak ☐ Nie
j) podmiotu uprawnionego do badania sprawozdań finansowych:	☐ Tak ☐ Nie
k) zarządcy nieruchomości:	☐ Tak ☐ Nie
l) pośrednika w obrocie nieruchomościami:	☐ Tak ☐ Nie
ł) przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie czynności rzeczoznawstwa majątkowego:	☐ Tak ☐ Nie
m) świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej:	☐ Tak ☐ Nie
n) osoby posiadającej licencję doradcy restrukturyzacyjnego, pełniącej funkcję w postępowaniu restrukturyzacyjnym, upadłościowym lub egzekucyjnym:	☐ Tak ☐ Nie
o) operatora systemu bezzałogowego statku powietrznego	☐ Tak ☐ Nie

2. Czy Pan/Pani jest zainteresowana zawarciem obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z działalnością zawodową/wykonywanym zawodem/użytkowaniem bezzałogowego statku powietrznego, w swoim imieniu lub na cudzy rachunek?

☐ Tak ☐ Nie

3. Czy chce Pan/Pani zawrzeć umowę na minimalną sumę gwarancyjną wynikającą z rozporządzenia określającego warunki ubezpieczenia obowiązkowego?

☐ Tak ☐ Nie

miejscowość

- -

data

podpis Ubezpieczającego