

Polisa nr \_\_\_\_\_

## BADANIE WYMAGAŃ I POTRZEB – OŚWIADCZENIE UBEZPIEZAJĄCEGO

### Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu

<b>Jaki zawód wykonuje Ubezpieczony:</b>	1) biuro tłumaczeń / tłumacz	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2) kancelaria prawna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3) pracownia projektowa / pracownia projektowania wnętrz	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4) pracownia geodezyjna/ kartograficzna; geodeta lub kartograf	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5) działalność w zakresie projektowania, wykonawstwa systemów komputerowych oraz doradztwa komputerowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6) lecznica weterynaryjna / lekarz weterynarii lub technik weterynarii	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	7) zarządca nieruchomościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	8) pośrednik w obrocie nieruchomościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	9) działalność konsultingowa (świadczanie usług doradczych) w zakresie: doradztwa kadrowego, doradztwa unijnego, doradztwa prawnego lub doradztwa rolniczego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	10) działalność instruktora sportu lub trenera	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	11) działalność w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	12) administrator bezpieczeństwa informacji i inspektor ochrony danych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	13) nauczyciel	Ubezpieczenie indywidualne: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Ubezpieczenie grupowe: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	14) żaden z powyższych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Oświadczenie dotyczące przeprowadzenia badania wymagań i potrzeb klienta stosownie do art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017 poz. 2486).

**Potwierdzam prawdziwość odpowiedzi udzielonych w procesie badania wymagań i potrzeb.**

\_\_\_\_\_  
Miejscowość i data

\_\_\_\_\_  
Podpis ubezpieczającego

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis przedstawiciela TUIR Allianz Polska S.A.