

Imię i nazwisko

E-mail

Numer telefonu

1

Czy jesteś zainteresowany zakupem ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu?

TAK NIE

2

Jak ważne jest dla Ciebie zabezpieczenie na wypadek uszkodzenia bądź kradzieży posiadanego pojazdu?

WAŻNE MAŁO WAŻNE

3

Czy dopuszczasz możliwość zmniejszenia zakresu ochrony przy jednoczesnym obniżeniu składki za ubezpieczenie?

TAK NIE

4

Jak ważne jest dla Ciebie zapewnienie świadczeń pieniężnych dla kierującego pojazdem i jego pasażerów w razie np. uszkodzenia ciała bądź śmierci w następstwie wypadku samochodowego?

WAŻNE MAŁO WAŻNE

5

Czy jesteś zainteresowany ochroną ubezpieczeniową w zakresie innych ryzyk związanych z posiadanym i użytkowanym pojazdem? Zaznacz zakres który Cię interesuje:

ASSISTANCE ASSISTANCE ROZSZERZONY UBEZPIECZENIE SZYB OCHRONA ZNIŻEK ZIELONA KARTA

Oświadczam iż wskazane przeze mnie odpowiedzi odpowiadają moim potrzebą w zakresie ubezpieczenia komunikacyjnego i zostały wypełnione dobrowolnie.

Data i czytelny podpis składającego oświadczenie: