



A. FORMULAR DE ANALIZĂ A CERINȚELOR ȘI NECESITĂȚILOR CONTRACTANȚILOR		
I. DATE PERSONALE		
Denumire companie:		CUI companie:
Județ/Sector sediu:	Email:	Telefon:
Îmi exprim acordul de a furniza informațiile solicitate prin prezentul document, utilizate de UNIQA Asigurări S.A., în vederea evaluării cerințelor și necesităților cu privire la contractarea unui produs de asigurare, dar și pentru a înțelege datele esențiale despre mine care permit Asigurătorului să îmi facă o evaluare corectă a cerințelor și a necesităților <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu		
<i>Prin refuzul de a furniza informațiile de mai jos înțeleg că Asigurătorul nu îmi poate efectua o evaluare a cerințelor și necesităților mele și nici o evaluare a caracterului adecvat și corespunzător al produsului de asigurare solicitat de mine, ceea ce duce la imposibilitatea Asigurătorului de a îmi prezenta un produs de asigurare.</i>		
II. ACORDARE CONSULTANȚĂ		
Doresc să primesc consultanță din partea Asigurătorului prin intermediul căreia să mi se facă o recomandare personalizată a unui produs de asigurare care să corespundă cerințelor și nevoilor mele <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu		
<i>Prin refuzul de a primi consultanță înțeleg că Asigurătorul nu are posibilitatea de a evalua dacă contractul corespunde cerințelor și necesităților mele.</i>		
III. TIPUL SAU GAMA DE PRODUSE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE:		
<input type="checkbox"/> Asigurare facultativă de Sănătate de Grup		
IV. DETALII SUPLIMENTARE SPECIFCE ASIGURĂRII DE SĂNĂTATE:		
1. Sunteți interesat de o asigurare de sănătate de grup, pentru angajații dumneavoastră, care să ofere acestora servicii medicale cu decontare directă?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
2. Sunteți interesat de acoperiri suplimentare, ca de exemplu: servicii medicale ambulatorii, servicii medicale cu spitalizare, servicii medicale stomatologice?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
Prezentul document s-a încheiat în două exemplare originale, unul pentru client și unul pentru Asigurător.		
Declar că, în data de _____, am primit un exemplar dintre cele două originale:		

REPREZENTANT (CONTRACTANT)
(nume și reprezentat, semnătură)

ASIGURĂTOR
UNIQA Asigurări S.A.
(nume reprezentant, semnătură)

B. CONSULTANȚĂ CU PRIVIRE LA PRODUSELE DE ASIGURARE IDENTIFICATE
În baza informațiilor furnizate de client în Formularul de analiză a cerințelor și necesităților clienților (DNT), precum și a necesităților declarate/ identificate, raportat la produsele de asigurare oferite de UNIQA Asigurări S.A. clienților, vă propunem:
UNITeam MED - Asigurare de Sănătate de Grup