Allianz

Wniosek o ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zawodowej

Numer wniosku _____ Kod ryzyka 4 6 4

Oddział nr _____ Agent nr _____ _____

Ubezpieczenie ☐ nowe ☐ wznowione

Nr poprzedniej polisy _____ _____ _____ _____

Dane Ubezpieczającego

Typ podmiotu ☐ osoba fizyczna ☐ osoba prawna ☐ jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej

Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Imię (imiona)/nazwa firmy _____

Nazwisko/nazwa firmy cd. _____

PESEL _____ Data urodzenia _____

Typ dokumentu tożsamości _____ Nr dok. tożsamości _____

Obywatelstwo _____ REGON _____

NIP* _____ PKD wiodąca _____ _____ _____

KRS/RHB _____ Liczba zatrudnionych osób _____

Obrót roczny w ostatnim roku obrachunkowym: ☐ do 3 mln ☐ do 40 mln

Adres zameldowania / siedziba firmy

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy ___–___ Poczta _____ Kraj _____

Tel. stacjonarny _____ Tel. kom. _____

E-mail _____ Faks _____

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zameldowania /siedziby)

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy ___–___ Poczta _____ Kraj _____

Dane Ubezpieczonego (wypełnić gdy Ubezpieczający nie jest Ubezpieczonym)

Typ podmiotu ☐ osoba fizyczna ☐ osoba prawna ☐ jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej

Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Imię (imiona)/nazwa firmy _____

Nazwisko/nazwa firmy cd. _____

PESEL _____ Data urodzenia _____

Typ dokumentu tożsamości _____ Nr dok. tożsamości _____

Obywatelstwo _____ REGON _____

NIP* _____ PKD wiodąca _____ _____ _____

KRS/RHB _____ Liczba zatrudnionych osób _____

Obrót roczny w ostatnim roku obrachunkowym: ☐ do 3 mln ☐ do 40 mln

Adres zameldowania / siedziba firmy

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy ___–___ Poczta _____ Kraj _____

Tel. stacjonarny _____ Tel. kom. _____

E-mail _____ Faks _____

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zameldowania /siedziby)

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy ___–___ Poczta _____ Kraj _____

* numer NIP wymagany jest jedynie od osób prowadzących działalność gospodarczą lub będących zarejestrowanymi podatnikami podatku od towarów i usług

Okres ubezpieczenia (d-m-r) od ___ ___ _____ godz. 0.00 do ___ ___ _____ godz. 24.00

OCZ-W07 05/22

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa,
wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000028261,
NIP 525-156-50-15, REGON 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 457 110 000 złotych (wpłacony w całości).

Informacje dotyczące zgłoszonych do ubezpieczenia lokalizacji (pomieszczenia użytkowe dla potrzeb wykonywania zawodu objętego ubezpieczeniem).

Czy firma posiada oprócz siedziby inne lokalizacje (biura) na terenie Polski? ☐ Tak ☐ Nie

Ulica, numer domu, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość

Informacje dotyczące przebiegu szkodowości na przestrzeni ostatnich 3 lat.

Czy na przestrzeni ostatnich trzech lat wystąpiły szkody z OC zawodowej? ☐ Tak ☐ Nie

Szkody wypłacone _____ Liczba _____

Szkody w toku _____ Liczba _____

Pozostałe szkody _____ Liczba _____

	Jakie? (krótki opis)	Wysokość roszczenia	Wysokość odszkodowania
1.			
2.			
3.			

Czy na przestrzeni ostatnich trzech lat zgłaszano do Ubezpieczonego roszczenie o wypłatę odszkodowania tytułem OC zawodowej? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, prosimy o szczegółowe informacje: _____

Zakres terytorialny ubezpieczenia: terytorium RP.

Informacje dotyczące innych zawartych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej zawodowej (obecnie obowiązujące lub wygasłe już umowy):

Czy Ubezpieczony korzysta obecnie lub korzystał kiedykolwiek z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej dotyczącego prowadzonej obecnie działalności?

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły:

Ubezpieczyciel: _____

Data wygaśnięcia polisy _____

Suma gwarancyjna: _____

Czy zakres ochrony ma obejmować ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej pracodawcy za wypadki przy pracy? (rozszerzenie zakresu ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki.). ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli TAK, prosimy podać:

– wysokość wnioskowanego podlimitu sumy gwarancyjnej: _____ zł na jeden i na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe (nie więcej niż limit odpowiedzialności dla OC zawodowej).

– liczbę pracowników (osoby świadczące usługi w oparciu o umowę o pracę lub umowę zlecenia): _____

Składka za klauzulę: _____ zł.

INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁALNOŚCI ZAWODOWEJ MAJĄCEJ PODLEGAĆ OCHRONIE UBEZPIECZENIOWEJ:

Ubezpieczony zawód: określony w Klauzulach nr 1 – 12 zawartych w Załączniku nr 1 do OWU:

Prosimy zaznaczyć właściwą Klauzulę a następnie wypełnić stosowny załącznik mający do niej zastosowanie.

Jeśli dane dotyczące obrotu lub stanu zatrudnienia Ubezpieczonego wykraczają poza parametry wskazane w poszczególnych Klauzulach, konieczna jest zgoda na zawarcie ubezpieczenia wydana przez Centrum Underwritingu Korporacyjnego lub Regionalne Centrum Underwritingu TUiR Allianz Polska S.A. (dalej CUK/RCU).

☐ KLAUZULA NR 1 – Ubezpieczenie OC biura tłumaczeń.
☐ KLAUZULA NR 2 – Ubezpieczenie OC kancelarii prawnej.
☐ KLAUZULA NR 3 – Ubezpieczenie OC pracowni projektowej / OC pracowni projektowania wnętrz.
☐ KLAUZULA NR 4 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego prace geodezyjne i kartograficzne.
☐ KLAUZULA NR 5 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie projektowania, wykonawstwa systemów komputerowych oraz doradztwa komputerowego.
☐ KLAUZULA NR 6 – Ubezpieczenie OC lecznicy weterynaryjnej.
☐ KLAUZULA NR 7 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie zarządzania nieruchomości.
☐ KLAUZULA NR 8 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie pośrednictwa w obrocie nieruchomości.
☐ KLAUZULA NR 9 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego działalność konsultingową (świadczenia usług doradczych).
☐ KLAUZULA NR 10 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego działalność instruktora sportu lub trenera.
☐ KLAUZULA NR 11 – Ubezpieczenie OC przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
☐ KLAUZULA NR 12 – Ubezpieczenie OC nauczyciela.

Dane zawarte w Załączniku dotyczącym danej grupy zawodowej (Załącznik nr od 1 do 12), stanowią integralną część niniejszego wniosku ubezpieczeniowego. Ubezpieczający zobowiązany jest wypełnić jeden z Załączników, dotyczący prowadzonej przez niego działalności.

Jedno z poniższych oświadczeń musi być zaznaczone:

☐ Ubezpieczający oświadcza, że finansuje koszt składki ubezpieczeniowej.
☐ Ubezpieczający oświadcza, że doręczył ubezpieczonemu warunki umowy przed wyrażeniem zgody przez ubezpieczonego na finansowanie składki ubezpieczeniowej.

_____

Podpis Ubezpieczającego