

# 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 (d-m-r) \_\_\_\_\_  
Typ dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Seria i 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 \_\_\_\_\_

## Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zameldowania/ siedziby)

Ulica \_\_\_\_\_  
Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

## 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 (d-m-r) \_\_\_\_\_  
Typ dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ Seria i 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 \_\_\_\_\_

## 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 (dd-mm-rrrr): od \_\_\_\_\_ godz. 0.00 do \_\_\_\_\_ godz. 24.00

**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 \_\_\_\_\_ 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 wewnątrz.
- 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 lekarzy 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 (świadczona usługi 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