UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
tel. 042 63 44 700, fax 042 63 77 430
Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi
KRS 0000001201, NIP 727-012-63-58
Kapitał zakładowy i wpłacony: 220 308 282 PLN

Prawo & Pomoc

Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

Wniosek

Ubezpieczający

Imię, nazwisko, nazwa

Nr telefonu:

Kod pocztowy – Miejscowość – Ulica, nr

E-mail:

PESEL – REGON

Ubezpieczony

Imię, nazwisko, nazwa

Nr telefonu:

Kod pocztowy – Miejscowość – Ulica, nr

E-mail:

PESEL – REGON – Numer PKD

Data rozpoczęcia działalności / wykonywania zawodu** (dzień, miesiąc, rok) – Liczba zatrudnionych

Informacje na temat wnioskowanego ubezpieczenia

Wartość przychodu Ubezpieczonego (bez podatku VAT) w ostatnim roku obrotowym poprzedzającym rok zawarcia umowy ubezpieczenia – zł

Okres ubezpieczenia od (dzień, miesiąc, rok) do (dzień, miesiąc, rok)

Suma gwarancyjna – euro, co stanowi równowartość – zł

kwota słownie

Limit na zdarzenie

udział własny %

kurs euro – wg średniego kursu euro ogłoszonego przez NBP po raz pierwszy w roku, w którym umowa OC została zawarta.

Rodzaj ubezpieczenia *

☐ **Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej organizatora imprez masowych**

Zakres ubezpieczenia Zakres ubezpieczenia zgodny z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia – w sprawie:

Dokładny opis ryzyka

Przewidywana liczba imprez w ciągu roku (zgodnie z terminarzem)

Rodzaj imprez * ☐ artystyczne lub rozrywkowe ☐ sportowe **Miejsce prowadzenia imprezy *** ☐ teren zamknięty ☐ otwarta przestrzeń **Liczb miejsc w obiekcie lub na terenie imprezy**

Oświadczam, że organizowana impreza * ☐ jest imprezą o podwyższonym ryzyku ☐ nie jest imprezą o podwyższonym ryzyku

Rodzaj ubezpieczenia *

☐ **Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej**

☐ **Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotów przyjmujących zamówienia na świadczenia zdrowotne**

Zakres ubezpieczenia Zakres ubezpieczenia zgodny z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia – w sprawie:

Rodzaj zakładu opieki zdrowotnej – Liczba osób stanowiących personel medyczny – w tym – Liczba lekarzy wykonujących zabiegi operacyjne lub stosujących narkozę

Liczba pacjentów w ostatnim roku – Liczba łóżek w placówce – Liczba lekarzy nie wykonujących zabiegi operacyjne lub stosujących narkozę

Rodzaj prowadzonej praktyki ☐ grupowa ☐ indywidualna staż pracy

Rodzaj podmiotu podlegającego ubezpieczeniu

Rodzaj ubezpieczenia *

☐ **Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania czynności agencyjnych**

☐ **Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania działalności brokerskiej**

Zakres ubezpieczenia Zakres ubezpieczenia zgodny z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia – w sprawie:

Udział własny – Data uzyskania licencji (dzień, miesiąc, rok) – Roczny przypis na rzecz UNIQA TU S.A.

Procentowy udział wielkości przypisu uzyskiwanego dla Grupy UNIQA w całkowitym przypisie na rzecz wszystkich zakładów ubezpieczeń, z którymi ubezpieczony współpracował w poprzednim roku

* X właściwe zakreślić ** niepotrzebne skreślić

UNIQA wz. 8175

Rodzaj ubezpieczenia * ☐ **Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zarządcy nieruchomości**

Zakres ubezpieczenia Zakres ubezpieczenia zgodny z rozporządzeniem Ministra z dnia w sprawie:

Liczba zarządzanych lokali w tym: mieszkalnych użytkowych o łącznej powierzchni m^2 innych

Rodzaj ubezpieczenia * **Ubezpieczenia wyżej nie wymienione**

Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

Zakres ubezpieczenia Zakres ubezpieczenia zgodny z rozporządzeniem Ministra

z dnia w sprawie:

Uwagi

Informacje o dotychczasowym przebiegu ubezpieczenia

Poprzedni ubezpieczyciel

Liczba lat bezszkodowego ubezpieczenia w UNIQA TU S.A.

Informacja o szkodach, jakie miały miejsce w ciągu ostatnich 3 lat (dotyczy szkód zgłoszonych UNIQA TU S.A., innym zakładom ubezpieczeń lub Ubezpieczonemu)

rok	liczba zgłoszonych roszczeń	kwota zgłoszonych roszczeń	kwota wypłaconego odszkodowania	przyczyna szkody
				przyczyna szkody
				przyczyna szkody

Ocena ryzyka (wypełnia przedstawiciel UNIQA TU S.A.)

Oświadczenie Ubezpieczającego

Oświadczam, że:
Zostałem poinformowany, że administratorem danych jest UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Łodzi, ul. Gdańska 132, dane osobowe są zbierane w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania umowy ubezpieczenia, odbiorcami danych są podmioty wskazane w ustawie z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej, podanie danych jest dobrowolne, posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na przetwarzanie moich danych osobowych, również w przyszłości, w zakresie niezbędnym dla celów marketingu bezpośredniego produktów lub usług przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, jak również na posłużenie się przez ten podmiot, a także przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna telefonem, wizjofonem, telefaksem, pocztą elektroniczną lub innym środkiem komunikacji elektronicznej w celu złożenia propozycji zawarcia umowy.

miejscowość, data	podpis Ubezpieczającego	pieczęć i podpis przedstawiciela UNIQA TU S.A.

* ☒ właściwe zakreślić ** niepotrzebne skreślić