

WNIOSEK O ZAWARCIE UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ w zakresie minimalnej zdolności finansowej przewoźnika drogowego

- RZECZY

- OSÓB

INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI

LICZBA POJAZDÓW WYKORZYSTYWANYCH DO PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI:

Zgodnie z przepisem art. 7 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) 1071/2009 z dnia 21 października 2009 r.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ POWINIEN ROZPOCZĄĆ SIĘ W DNIU:

godz. 00:00

MIEJSCE ZŁOŻENIA POLISY

BOTM

Starostwo

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO:

pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność gospodarczą

Forma Prawna

NIP

REGON

data rejestracji podmiotu we właściwym rejestrze lub ewidencji

numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej / nr KRS

nazwa organu rejestrującego

siedziba organu rejestrującego

- osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
- spółka cywilna
- spółka jawna
- spółka partnerska
- spółka komandytowa
- spółka komandytowo – akcyjna
- spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
- spółka akcyjna
- przedsiębiorstwo państwowe
- inne

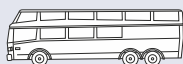
osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu zgodnie z wpisem do rejestru:

imię _____ nazwisko _____ funkcja _____

imię _____ nazwisko _____ funkcja _____

imię _____ nazwisko _____ funkcja _____

Przewóz osób



numer zezwolenia:

numer licencji wspólnotowej:

nr teczki BOTM:

liczba wypisów z licencji:

.....
.....
.....
.....

Przewóz rzeczy



numer zezwolenia:

numer licencji wspólnotowej:

nr teczki BOTM:

liczba wypisów z licencji:

.....
.....
.....
.....

ADRES SIEDZIBY ZGODNIE Z REJESTRACJĄ

ul. (plac): nr domu: nr lokalu:
Miejscowość: Kod: Poczta:

ADRES DO KORESPONDENCJI

ul. (plac): nr lokalu:
Miejscowość: Kod: Poczta:

DANE KONTAKTOWE

Tel./fax: e-mail: www:

OŚWIADCZENIA

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Oświadczam(y), że nie posiadam(y) zaciągniętych i niespłaconych zobowiązań wobec kontrahentów. | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2.. Oświadczam(y), że nie posiadam(y) zaciągniętych i niespłaconych kredytów, pożyczek, zobowiązań z tytułu leasingu. | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Oświadczam(y), że nie udzielono na nasze zlecenie gwarancji, która(e) nie wygasła(y). | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. Oświadczam(y), że aktualnie nie ubiegam(y) się o kredyt / pożyczkę / leasing. | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5. Oświadczam(y), że nie udzieliliśmy poręczenia(eń), które nie wygasło(y). | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 6. Oświadczam(y), że nie zalegam z podatkami / składkami / innymi należnościami publicznoprawnymi (nie starsze niż 1 miesiąc). | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 7. Oświadczam(y), że przeciwko Ubezpieczającemu nie są prowadzone postępowania administracyjne / podatkowe / inne. | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 8. Oświadczam(y), że przeciwko Ubezpieczającemu nie są prowadzone postępowania egzekucyjne. | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 9. Oświadczam(y), że nie występują podstawy ogłoszenia upadłości ubezpieczającego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. prawo upadłościowe i naprawcze. | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

UBEZPIECZAJĄCY:

Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, oraz danych firmowych przez pośrednika ubezpieczeniowego Christiana Waldendorfer oraz współpracujących z nim ubezpieczycieli. TAK NIE

Wyraża zgodę na otrzymywanie od Christiana Waldendorfer materiałów i informacji handlowych w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną. TAK NIE

Oświadcza, że zrzeka się rekomendacji, o której mowa w przepisie art. 26 ust. 1 pkt. 2 ustawy a dnia 22 maja 2003r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, jak i z doradztwa w myśl § 137f GewO (austriacka ustawa o porządku zawodowym) i § 43 ust 4. Vers VG (austriacka ustawa o umowie ubezpieczeniowej). TAK NIE

Oświadcza, że po zapoznaniu się z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Odpowiedzialności Zawodowej w Zakresie Minimalnej Zdolności Finansowej Przewoźnika Drogowego, które przyjmuje bez zastrzeżeń, jak również po zapoznaniu się z Regulaminem świadczenia usług pośrednictwa ubezpieczeniowego przez Internet, dokonuje zgłoszenia w celu zawarcia umowy ubezpieczeniowej. Ubezpieczający potwierdza jednocześnie zgodność informacji przekazanych ubezpieczycielowi w myśl przepisu art. 815 kodeksu cywilnego i zobowiązuje się do zgłaszania wszelkich zmian przekazanych informacji. TAK NIE

miejscowość

data

podpis osoby uprawnionej
zgodnie z reprezentacją