

## WNIOSEK O ZMIANĘ POLISY NR \_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_

NIP

REGON

data rejestracji podmiotu we właściwym rejestrze lub ewidencji

numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej / nr KRS

nazwa organu rejestrującego

siedziba organu rejestrującego

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

#### Forma Prawna

- 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 wpisów z licencji: \_\_\_\_\_

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

#### Przewóz rzeczy



numer zezwolenia: \_\_\_\_\_

numer licencji wspólnotowej: \_\_\_\_\_

nr teczki BOTM: \_\_\_\_\_

liczba wpisów 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

*UWAGA	NIE POSIADAMY	POSIADAMY
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

- Oświadczam(y), że nie posiadam(y) zaciągniętych i niespłaconych zobowiązań wobec kontrahentów.
- Oświadczam(y), że nie posiadam(y) zaciągniętych i niespłaconych kredytów, pożyczek, zobowiązań z tytułu leasingu.
- Oświadczam(y), że nie udzielono na nasze zlecenie gwarancji, która(e) nie wygasła(y).
- Oświadczam(y), że aktualnie nie ubiegam(y) się o kredyt / pożyczkę / leasing.
- Oświadczam(y), że nie udzielił(śmy) poręczenia(eń), które nie wygasło(y).
- Oświadczam(y), że nie zalegam z podatkami / składkami / innymi należnościami publicznoprawnymi (nie starsze niż 1 miesiąc).
- Oświadczam(y), że przeciwko Ubezpieczającemu nie są prowadzone postępowania administracyjne / podatkowe / inne.
- Oświadczam(y), że przeciwko Ubezpieczającemu nie są prowadzone postępowania egzekucyjne.
- Oświadczam(y), że nie występują podstawy ogłoszenia upadłości ubezpieczającego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. prawo upadłościowe i naprawcze.

### UBEZPIECZAJĄCY

- Ubezpieczający przystępując do zawarcia umowy ubezpieczenia oświadcza, że wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych z późniejszymi zmianami, przez maklera ubezpieczeniowego Christian Waldendorfer oraz Ubezpieczycieli, z którymi umowa ma zostać lub zostanie zawarta.
- Ubezpieczający przyjmuje do wiadomości, że: 1) informacja o przetwarzaniu danych osobowych, zawarta jest w Klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych oraz Polityce ochrony prywatności i bezpieczeństwa danych, znajdującej się na stronie <http://1071-2009.eu/files/klauzula.pdf>; 2) informacja o produkcie ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej, w zakresie minimalnej zdolności finansowej, znajduje się na stronie <http://1071-2009.eu/files/produkt.pdf>;
- Ubezpieczający oświadcza, że zrzeka się z poradą, o której mowa w art. 32 ust. 1 punkt 4) ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, z dnia 15 grudnia 2017r. Ubezpieczający jednocześnie udziela maklerowi ubezpieczeniowemu Christianowi Waldendorfer pełnomocnictwa do zawarcia Umowy Ubezpieczenia Odpowiedzialności Zawodowej w Zakresie Minimalnej Zdolności Finansowej Przewoźnika Drogowego, w jego imieniu.
- Ubezpieczający 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, składa wniosek w celu zawarcia umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający potwierdza zgodność informacji przekazanych Ubezpieczycielowi w myśl przepisu art. 815 k.c. i zobowiązuje się do zgłaszania wszelkich zmian odnoszących się do przekazanych informacji.
- Ubezpieczający wyraża zgodę na otrzymywanie od maklera ubezpieczeniowego Christian Waldendorfer, materiałów reklamowych i informacji handlowych.  TAK  NIE

miejscowość

data

podpis osoby uprawnionej  
zgodnie z reprezentacją