

WNIOSEK O ZMIANĘ POLISY NR.....
ZWIĄZANEJ ZE SPEŁNIENIEM WYMAGU OKREŚLONEGO W ART. 7 UST. 1 ROZPORZĄDZENIA
PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY EUROPY (WE) 1071/2009 M Z DNIA 21 PAŹDZIERNIKA 2009 R., Z
POŹNIEJSZYMI ZMIANAMI

- RZECZY pow. 3,5t. - OSÓB pow. 3,5t. - RZECZY 2,5-3,5t.

INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI

LICZBA POJAZDÓW ZGŁASZANYCH DO OBIĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ
ZGODNIE Z PZREPISEM ART. 7 UST. 1 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIE-
GO I RADY (WE) 1071/2009 Z DNIA 21 PAŹDZIERNIKA 2009 R., Z POŹNIEJSZYMI ZMIANAMI

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ OD DNIA

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO**PEŁNA NAZWA PODMIOTU****REGON****NIP**

Data rejestracji podmiotu

CDIG

Numer wpisu do KRS

KRS**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

ADRES SIEDZIBY

Ul.(plac):.....Nr Domu:.....Nr Lokalu:.....

Miejscowość:.....Kod:.....Pocza:.....

ADRES DO KORESPONDENCJI

Ul.(plac) :.....Nr Lokalu:.....

Miejscowość:.....Kod:.....Pocza:.....

DANE KONTAKTOWE

Tel/Fax:.....E-Mail:.....WWW:.....

OŚWIADCZENIA * UWAGA

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Oświadczam(y), że Ubezpieczony nie posiada przeterminowanych zobowiązań wobec kontrahentów, instytucji finansowych, w tym banków lub innych podmiotów lub osób fizycznych? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 2. Oświadczam(y), że Ubezpieczony nie zalega z podatkami, składkami na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe lub z innymi należnościami publicznoprawnymi? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 3. Oświadczam(y), że Ubezpieczony nie zalega ze spłatą kredytów, pożyczek, zobowiązań z tytułu leasingu? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 4. Oświadczam(y), że przeciwko Ubezpieczonemu nie jest/nie są prowadzone postępowanie(a) egzekucyjne? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 5. Oświadczam(y), że przeciwko Ubezpieczonemu nie jest/nie są prowadzone postępowanie(a) administracyjne, podatkowe? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 6. Oświadczam(y), że przeciwko Ubezpieczonemu nie jest prowadzone postępowanie upadłościowe (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. prawo upadłościowe i ustawy z dnia 15 maja 2015 r. prawo restrukturyzacyjne) lub likwidacyjne (w rozumieniu przepisów Kodeksu spółek handlowych)? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 7. Oświadczam(y), że nie występują przesłanki do wszczęcia restrukturyzacji lub postawienia przedsiębiorstwa Ubezpieczonego w stan upadłości (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. prawo upadłościowe i ustawy z dnia 15 maja 2015 r. prawo restrukturyzacyjne) . | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

UBEZPIECZAJĄCY

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z polityką prywatności/obowiązkiem informacyjnym dla potrzeb niezbędnych do realizacji usługi przez Fortis Insur Tech. S p. z o.o. brokera ubezpieczeniowego oraz podmioty współpracujące.
- Oświadczam, że zapoznałem się z Polityką Prywatności i ją akceptuję oraz zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym IDD.
- Informacja o produkcie ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej przewoźnika drogowego w zakresie minimalnej zdolności finansowej przewoźnika drogowego dostępna jest w zakładce na stronie internetowej <http://ifortis/product-OZPD>
- Wyrażam zgodę na zrzeczenie się pełnej porady oraz otrzymania skróconej rekomendacji brokerskiej i jestem świadomy, iż zautomatyzowany dobór produktu ubezpieczeniowego odpowiedzialności zawodowej przewoźnika drogowego (OZPD) będzie traktowany jako rekomendacja najwłaściwszej umowy zgodnie z art. 34 ust. 1 pkt. 4 ustawy o dystrybucji ubezpieczeńz dnia 15 grudnia 2017 roku.
- Ubezpieczający oświadcza, że zapoznał się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej przewoźnika drogowego w zakresie minimalnej zdolności finansowej.
- Wyrażam/y zgodę, aby niniejszy wniosek w raz z przesłanymi dokumentami był podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający ma obowiązek zgodnie z art. 815 kc do zgłaszania wszelkich zmian dotyczących przekazanych informacji.

MIEJSCOWOŚĆ

DATA

PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ