

ZGŁOSZENIE UBEZPIECZENIA OC PRZEWOŹNIKA



LUTZ ASSEKURANZ GmbH
Makler Ubezpieczeniowy
Meidlinger Hauptstr. 51-53
A-1120 Wiedeń
lutz@zmpd.pl
☎ +48 (0)22 536 10 84
✉ +48 (0)22 536 10 85
www.lutz-assekuranz.pl

Ubezpieczający:

oświadcza, że po zapoznaniu się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźnika przy przewozach towarów wykonywanych zarobkowo samochodami w ramach działalności gospodarczej (AVB-VH 2006 PL) i przyjęciu treści warunków bez zastrzeżeń, dokonuję zgłoszenia w celu zawarcia umowy ubezpieczeniowej, potwierdzając jednocześnie zgodność informacji przekazanych ubezpieczycielowi w myśl art. 815 KC w kwestionariuszu analizy ryzyka.
Ochrona ubezpieczeniowa OCP powinna rozpocząć się w dniu: . .20 r. godz. 00:00

Dane dotyczące ubezpieczającego:

a) nazwa podmiotu wykonującego działalność gospodarczą:			
b) data rejestracji:	. . r.	c) NIP:	
nazwa organu rejestrującego:		d) REGON:	
siedziba organu rejestrującego w:			
e) forma prawna:	<input type="checkbox"/> działalność gosp. osoby fizycznej <input type="checkbox"/> spółka cywilna <input type="checkbox"/> spółka jawna		<input type="checkbox"/> spółka z ograniczoną odpowiedzialnością <input type="checkbox"/> spółka akcyjna <input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo państwowe
f) siedziba zgodnie z rejestracją:	ul. (plac): miejsowość: pocztowy numer adresowy: -	nr domu:	nr domu: poczta:
g) adres biura:	ul. (plac): miejsowość: pocztowy numer adresowy: - poczta:	nr domu:	telefon: telefaks: e-mail: www.
h) adres korespondencyjny:	ul. (plac): miejsowość: pocztowy numer adresowy: - poczta:	nr domu:	telefon: telefaks: e-mail: www.
j) nazwa, adres banku prowadzącego rachunek ubezpieczającego:	nazwa: ul. (plac): miejsowość: pocztowy numer adresowy: - nr rachunku (IBAN):	nr domu: poczta:	SWIFT:
k) czy ubezpieczający jest stowarzyszony? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		gdzie?	
l) liczba pojazdów mających być objętych ochroną:		m) obrót z transportu za rok ubiegły w PLN:	
n) przyjąłem do wiadomości że polisa obowiązuje do 31.12... do 24 h roku następnego od daty zawarcia tej umowy			
o) wyrażam zgodę aby po wyżej wymienionym okresie, polisa przedłużyła się zawsze o 1 rok jeśli nie zostanie wypowiedziana pisemnie do 30.09. .. <input type="checkbox"/> tak			
p) przyjmuję do wiadomości że ochrona ubezpieczeniowa obowiązuje tylko wtedy, gdy składka ubezpieczeniowa opłacona jest w całości w wyznaczonym terminie, w przeciwnym przypadku ubezpieczyciel zwolniony jest ze świadczenia odszkodowania.			
l) jak uzyskaliście Państwo pierwsze informacje o firmie Lutz Assekuranz	<input type="checkbox"/> reklama pocztowa <input type="checkbox"/> reklama w czasopiśmie <input type="checkbox"/> informacja internetowa <input type="checkbox"/> kontakt na targach i wystawach <input type="checkbox"/> zebraniach regionalnych		<input type="checkbox"/> telefonicznie <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> osobiście w stowarzyszeniu <input type="checkbox"/> z polecenia <input type="checkbox"/> inaczej

miejsowość

pieczęć i podpis ubezpieczającego

. .20 r.

data

podpis osoby odpowiedzialnej za finanse