

ZGŁOSZENIE UBEZPIECZENIA OC SPEDYTORA



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 spedytora zawartych w treści „ogólnych warunków ubezpieczenia uniwersalnej polisy spedytora” (AVB-SUP-PL 2006) 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 OCS 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 z ograniczoną odpowiedzialnością
	<input type="checkbox"/> spółka cywilna	<input type="checkbox"/> spółka akcyjna
	<input type="checkbox"/> spółka jawna	<input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo państwowe
f) siedziba zgodnie z rejestracją:	ul. (plac):	nr domu:
	miejsowość:	
	pocztowy numer adresowy: -	poczta:
g) adres biura:	ul. (plac):	nr domu:
	miejsowość:	telefon:
	pocztowy numer adresowy: -	telefaks:
	poczta:	e-mail:
		www.
h) adres korespondencyjny:	ul. (plac):	nr domu:
	miejsowość:	telefon:
	pocztowy numer adresowy: -	telefaks:
	poczta:	e-mail:
		www.
j) nazwa, adres banku prowadzącego rachunek ubezpieczającego:	nazwa:	nr domu:
	ul. (plac):	poczta:
	miejsowość:	
	pocztowy numer adresowy: -	SWIFT:
	nr rachunku (IBAN):	
k) czy ubezpieczający jest stowarzyszony? <input type="checkbox"/> tak nie <input type="checkbox"/>	gdzie?	
l)	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"/> telefonicznie
	<input type="checkbox"/> reklama w czasopiśmie	<input type="checkbox"/> SMS
	<input type="checkbox"/> informacja internetowa	<input type="checkbox"/> osobiście w stowarzyszeniu
	<input type="checkbox"/> kontakt na targach i wystawach	<input type="checkbox"/> z polecenia
	<input type="checkbox"/> zebraniach regionalnych	<input type="checkbox"/> inaczej

miejsowość

pieczęć i podpis ubezpieczającego

. .20 r.

data

podpis osoby odpowiedzialnej za finanse