



# WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PRZEWOŹNIKA DROGOWEGO W RUCHU KRAJOWYM DO POLISY NR .....

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami. W przypadku istnienia wariantów odpowiedzi prosimy wybrać właściwe pole i zakreślić je znakiem „X”.

**CZĘŚĆ I | DANE OGÓLNE**  
**I. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO**

Imię i nazwisko/Nazwa					
_____					
_____					
Adres	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod	Miejscowość
				____ - ____	
Adres do korespondencji	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod	Miejscowość
				____ - ____	
NIP	REGON (wypełniają jednostki nie objęte obowiązkiem podatkowym)				Nr telefonu/faksu
_____	_____				_____
Adres e-mail					

**II. DANE UBEZPIECZONEGO (WYPEŁNIĆ, JEŚLI INNE NIŻ UBEZPIECZAJĄCEGO)**

Imię i nazwisko/Nazwa					
_____					
_____					
Adres	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod	Miejscowość
				____ - ____	
Adres do korespondencji	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod	Miejscowość
				____ - ____	
NIP	REGON (wypełniają jednostki nie objęte obowiązkiem podatkowym)				Nr telefonu/faksu
_____	_____				_____
Adres e-mail					

**III. OKRES UBEZPIECZENIA**

Od (DD:MM:RRRR GG:MM)	_____ 00:00	Do (DD:MM:RRRR GG:MM)	_____ 24:00
-----------------------	-------------	-----------------------	-------------

**IV. INFORMACJE NA TEMAT DZIAŁALNOŚCI PRZEWOŹNIKA DROGOWEGO**

Data założenia firmy	Od (DD:MM:RRRR)	_____
Przewoźnik posiada licencję na wykonywanie krajowego transportu drogowego		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie*
Data otrzymania licencji	Od (DD:MM:RRRR)	_____

\* Ochroną ubezpieczeniową objęte są przewozy dokonywane pojazdami o dopuszczalnej masie całkowitej nieprzekraczającej 3,5 ton.

**V. WYSOKOŚĆ PRZEWIDYWANYCH ROCZNYCH PRZYCHODÓW (BEZ VAT)**

_____ PLN
-----------

**VI. LICZBA POJAZDÓW POSIADANYCH I/LUB BĘDĄCYCH W DYSPOZYCJI UBEZPIECZONEGO \*\***

Rodzaj pojazdu	Liczba pojazdów
Samochód ciężarowy o ładowności do 3,5 tony	
Samochód ciężarowy o ładowności powyżej 3,5 tony	
Ciągnik siodłowy z naczepą	

\*\* Informacja służy ocenie ryzyka i nie stanowi integralnej części umowy ubezpieczenia.

**CZĘŚĆ II | UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PRZEWOŹNIKA DROGOWEGO W RUCHU KRAJOWYM**

**I. SUMA GWARANCYJNA NA KAŻDE ZDARZENIE**

<input type="checkbox"/> 50.000,- EUR	<input type="checkbox"/> 100.000,- EUR	<input type="checkbox"/> 200.000,- EUR	<input type="checkbox"/> 350.000,- EUR	<input type="checkbox"/> Inna _____
---------------------------------------	--	--	--	-------------------------------------

**II. FRANSZYZA REDUKCYJNA (MINIMALNA 200 EURO)**

Franszyza redukcyjna	
400 EURO	
800 EURO	

## IX. RODZAJE PRZEWOŻONYCH ŁADUNKÓW (PRZYKŁADOWE GRUPY TOWAROWE)

Rozszerzenie Nr i nazwa klauzuli	Minimalna franszyza redukcyjna [EUR]	Zastrzeżenia do uwzględnienia w umowie ubezpieczenia
01 (włączenie OCPD za przewóz ADR) [J01-01]	400	<input type="checkbox"/>
02A (włączenie OCPD za przewóz AGD) [J01-02]	400	<input type="checkbox"/>
02B (włączenie OCPD za przewóz Audio Hi-Fi, RTV) [J01-02]	400	<input type="checkbox"/>
02C (włączenie OCPD za przewóz komputerów, akcesoriów komputerowych oraz części składowych) [J01-02]	400	<input type="checkbox"/>
03A (włączenie OCPD za przewóz alkoholu) [J01-03]	400	<input type="checkbox"/>
03B (włączenie OCPD za przewóz wyrobów tytoniowych) [J01-03]	400	<input type="checkbox"/>
04 (włączenie OCPD za przewóz kontenerów powierzonych) [J01-04]	200	Sublimit Sumy Gwarancyjnej 5 tys. EUR/zdarzenie i 10 tys. EUR na wszystkie zdarzenia
05 (włączenie OCPD za przewóz kosmetyków) [J01-05]	400	<input type="checkbox"/>
06 (włączenie OCPD za przewóz leków i farmaceutyków) [J01-06]	400	<input type="checkbox"/>
07 (włączenie OCPD za szkody powstałe wskutek rabunku) [J01-07]	900	<input type="checkbox"/>
08A (włączenie OCPD za zleczone czynności załadunkowe i/lub wyladunkowe) [J01-08]	400	Sublimit Sumy Gwarancyjnej - 50% za każde zdarzenie
08B (włączenie OCPD za czynności zabezpieczenia towaru) [J01-08]	500	<input type="checkbox"/>
09 (włączenie OCPD za przewóz zwierząt żywych) [J01-09]	400	<input type="checkbox"/>
10 (włączenie OCPD za przewóz pojazdów samochodowych) [J01-10]	10% szkody, nie mniej niż 300	Franszyza na każdy transportowany pojazd
11 (włączenie OCPD za przewóz opon i części samochodowych) [J01-11]	400	<input type="checkbox"/>
12 (włączenie OCPD za przewóz pojazdami nienormatywnymi) [J01-12]	Ustalane indywidualnie***	Ustalane indywidualnie***
13 (włączenie OCPD za przewóz towarów z kontrolowaną temperaturą przewozu - ATP) [J01-13]	10% szkody, nie mniej niż 400	<input type="checkbox"/>

\*\*\* Ustala Zarząd STU Ergo Hestia lub upoważniony pracownik.

## CZĘŚĆ III | INFORMACJE O PRZEBIEGU SZKODOWOŚCI

## I. SZKODY W CIĄGU OSTATNICH 3 LAT

 Jeśli wystąpiły szkody, należy uzupełnić tabelę poniżej

Lp.	Data wystąpienia	Lokalizacja	Przyczyna / opis szkody	Wyłacone odszkodowanie [PLN]	Nazwa Ubezpieczyciela
1.					
2.					
3.					
4.					

 Jeśli szkody nie wystąpiły, nazwa Ubezpieczyciela .....

Załączono zaświadczenie o przebiegu ubezpieczenia w innym TU .....

## II. BEZSZKODOWA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA W STU ERGO HESTIA SA

OCPD w ruchu krajowym	Od (DD:MM:RRRR) <input type="text"/>
-----------------------	--------------------------------------

## III. UWAGI

## CZĘŚĆ IV | OŚWIADCZENIA

## I. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zmianami) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1 informuje, że:

- jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 kc, które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług),
- służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych niż wymienione powyżej inne cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe naszego Towarzystwa albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

## II. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam, że zostało mi okazane i zapoznałem/am się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia umowy ubezpieczenia w imieniu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA oraz potwierdzam, że przed zawarciem umowy otrzymałem/am tekst ogólnych warunków ubezpieczenia o symbolu AB-OCPDK-01/12 wraz z klauzulami dodatkowymi, na podstawie których umowę zawarto oraz zapoznałem/am się z nimi i zaakceptowałem/am ich treść.

Oświadczam, że wyrażam zgodę, by moje dane osobowe, przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, mogły być udostępnione Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie oraz podmiotom wymienionym na stronie internetowej pod adresem: [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl) - do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego ich własnych produktów (usług)\*\*\*\*.

\*\*\*\* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku braku zgody Ubezpieczającego na treść powyższej klauzuli, prosimy o jej wykreślenie w całości.

Ubezpieczający udzielił powyższych informacji zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i oświadcza, że znane są mu sankcje przewidziane w art. 815 § 3 Kodeksu Cywilnego za udzielenie Ubezpieczycielowi nieprzewidzianych informacji istotnych dla oceny ryzyka.

Miejscowość	Podpis Ubezpieczającego	Miejscowość	Podpis przyjmującego wniosek
Data (DD:MM:RRRR)		Data (DD:MM:RRRR)	



EHM02020010391103

ORYGINAŁ TM/WN039/1210 str. 2/2

Infolinia 801 107 107\*, 58 555 5 555

\*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora

[www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl)