**Wniosek**

**o zawarcie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przedsiębiorców wykonujących działalność z zakresu usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych**

|  |
| --- |
| **UBEZPIECZONY** |
|  |
| **1)** | Nazwa podmiotu |  |
|  |  |
|  |  |
| **2)** | Adres/siedziba  | *ulica nr domu / nr lokalu* |  | *kod pocztowy* |  | *miejscowość* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| **3)** | NIP |  |  | REGON |  | Telefon |  |
|  |
| **4)** | e-mail |  |
|  |

|  |
| --- |
| **UBEZPIECZAJĄCY – płatnik składki****(wypełnić, gdy różni się od UBEZPIECZONEGO)** |

|  |
| --- |
|  |
| **5)** | Nazwa podmiotu |  |
|  |  |
|  |  |
| **6)** | Adres/siedziba  | *ulica nr domu / nr lokalu* |  | *kod pocztowy* |  | *miejscowość* |
|  |  |  |  |   |  |
|  |
| **7)** | NIP |  |  | REGON |  |  | Telefon |  |
|  |
| **8)** | e-mail |  |
|  |
| **WNIOSKUJĘ O UBEZPIECZENIE** |
|  |
| **9)** | **od** |  |  |  |  |  |  | **do** |  |  |  |
|  |
|  |
| **10)** | **W ZAKRESIE UBEZPIECZENIA OBOWIĄZKOWEGO** |  |  |
|  |
|  |
| ☐ | 10 000 Euro | (prowadzenie ksiąg rachunkowych) |
|  |
|  |
| **11)** | **W ZAKRESIE NADWYŻKOWEJ SUMY GWARANCYJNEJ** |  |  |
|  |
|  | Wnioskowana suma gwarancyjna: ……………………………………………………………... |  |
|  |
| **12)** | **W ZAKRESIE UBEZPIECZENIA DOBROWOLNEGO – KADY I PŁACE** |  |  |
|  |
|  |
|  | Wnioskowana suma gwarancyjna: ……………………………………………………………... |  |
|  |  |  |
| **13)** | **W ZAKRESIE UBEZPIECZENIA DOBROWOLNEGO – CZYNNOŚCI DORADZTWA PODATKOWEGO** |  |
|  | Wnioskowana suma gwarancyjna: ……………………………………………………………... |  |
|  |  |  |
|  |
| **DANE DO WYLICZENIA SKŁADKI** |
|  |
| **13)** | Data rozpoczęcia działalności gospodarczej: ……………………………………………………………………………… |
|  |
| **14)** | Przychód netto (bez VAT) za ostatni zamknięty rok z całej działalności objętej ubezpieczeniem (w razie braku takich danych ze względu na datę rozpoczęcia działalności – planowany przychód w okresie ubezpieczenia): |
|  | ………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
|  |
| **15)** | Liczba i wartość odszkodowań wypłaconych w ciągu ostatnich 3 lat przez Ubezpieczonego w związku z jego odpowiedzialnością cywilną zawodową: |
|  |
| **16)** | Wnioskowane ubezpieczenie będzie kontynuacją aktualnej umowy w AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. | ☐ | TAK |  ☐  | NIE |
|  |
|  | jeżeli TAK - prosimy o wpisanie numeru ostatniej polisy | …………………………………………………………… |
| **14)** | Podmiot | ☐ | JEST | ☐ | NIE JEST | reprezentowany w SKwP - |  |
|  |
|  |
| **15)** | Płatność składki |  | ☐ | jednorazowo | ☐ | w dwóch ratach  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |
| **OŚWIADCZENIA** |
|  |
|  |
|  |
| Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej UK/EO/000/28/04/17 |
|  |

|  |
| --- |
| *Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji i dokumentów dotyczących umowy ubezpieczenia przed jej zawarciem, jak i po jej zawarciu na trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na podany przeze mnie adres e-mail.*  |
| Oświadczam, że otrzymałem Informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych |
| Oświadczam, iż przekazałem informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych osobom, których dane podałem we wniosku. |

|  |
| --- |
|  |
|  |  |  |
| *miejscowość, data* |  | *podpis i pieczęć Ubezpieczającego* |
|  |