

DANE DO UBEZPIECZENIA

ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PRZEWOŹNIKA W RUCHU MIĘDZYNARODOWYM I KRAJOWYM

(dla przewoźników osiągających obroty do 2.000.000 PLN)

1. **UBEZPIECZAJĄCY (nazwa i adres):**
-
- Tel.: Faks: Tel. kom.:
- E-mail:
2. **DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI:**
3. **RODZAJ I ILOŚĆ POSIADANYCH POJAZDÓW:**
4. **OKRES UBEZPIECZENIA: od** **do**
5. **ZAKRES UBEZPIECZENIA :**
- PODSTAWOWY** Towary: różne + ADR + ATP - bez towarów podwyższonego ryzyka ¹⁾
Zakres terytorialny: Europa (bez Rosji, Białorusi, Ukrainy i Mołdawii) + Polska **TAK**
- ROZSZERZONY** Towary: różne + ADR + ATP + towary podwyższonego ryzyka ¹⁾
Zakres terytorialny: Europa (bez Rosji, Białorusi, Ukrainy i Mołdawii) + Polska **TAK**
- PEŁNY** Towary: różne + ADR + ATP + towary podwyższonego ryzyka ¹⁾
Zakres terytorialny: Europa (+ Rosja, Białoruś, Ukraina i Mołdawia + ²⁾) + Polska **TAK**
- ¹⁾ za towary podwyższonego ryzyka uważa się: sprzęt RTV, komputerowy i jego części składowe, telekomunikacyjny, AGD, telefony komórkowe, wyroby alkoholowe i tytoniowe, leki, opony, części zamienne i podzespoły samochodowe, samochody i motocykle.
- ²⁾ w zakresie pełnym ubezpieczeniem objęte są również przewozy do/przez kraje takie jak: Gruzja, Armenia, Azerbejdżan, Kazachstan, Uzbekistan, Turkmenistan, Tadżykistan, Kirgistan.
6. **SUMA GWARANCYJNA (USD lub EUR):** **USD** **EUR**
7. **WYSOKOŚĆ PRZEWIDYWANYCH ROCZNYCH PRZYCHODÓW (w PLN, bez VAT) z transportu w ruchu:**
- MIĘDZYNARODOWYM** - **PLN**, **KRAJOWYM** - **PLN**
8. **ROZSZERZENIE OCHRONY O SZKODY W KONTENERACH, PALETACH I PLATFORMACH** **TAK**
9. **ROZSZERZENIE OCHRONY O SZKODY POWSTAŁE W WYNIKU RABUNKU (w ruchu krajowym)** **TAK**
10. **ILOŚĆ RAT:** (do wyboru: 1, 2 i 4 - bez zwwyżki składki)
11. **ILOŚĆ SZKÓD/ WYSOKOŚĆ ODSZKODOWAŃ W OKRESIE OSTATNICH:**
- 3 LAT:** / Charakter szkody
- 12 M-CY :** / Charakter szkody

Jestem zainteresowany/a ubezpieczeniem OC przewoźnika na podstawie przedstawionej oferty.

Proszę o przesłanie wniosku o ubezpieczenie oraz o określenie składki za ubezpieczenie na podstawie powyższych danych.

Osoba do kontaktu:

.....

..... dnia

.....
pieczęć i podpis Ubezpieczającego

Wypełniony druk prosimy przesłać na nr faksu: 022 300-17-17 lub 490-50-58