

Wniosek

o zawarcie umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osoby posiadającej licencję doradcy restrukturyzacyjnego wykonującej czynności doradztwa restrukturyzacyjnego

A. INFORMACJE OGÓLNE

UBEZPIECZAJĄCY/ UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy)

Numer PESEL lub REGON

Numer NIP

Telefon kontaktowy

Adres do korespondencji

Adres email

B. DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZAWODOWEJ OSOBY POSIADAJĄCEJ LICENCJĘ DORADCY RESTRUKTURYZACYJNEGO WYKONUJĄCEJ CZYNNOŚCI DORADZTWA RESTRUKTURYZACYJNEGO

PLANOWANY ROCZNY PRZYCHÓD Z TYTUŁU UBEZPIECZONEJ DZIAŁALNOŚCI

Proszę wskazać, w którym z poniżej podanych przedziałów znajduje się planowany roczny przychód z tytułu czynności doradztwa restrukturyzacyjnego polegających na udzielaniu porad, opinii i wyjaśnień oraz świadczeniu innych usług z zakresu restrukturyzacji i upadłości:

Do 100 000 PLN

☐

Od 200 001 PLN do 500 000 PLN

☐

Od 100 001 PLN do 200 000 PLN

☐

Od 500 001 PLN do 1 000 000 PLN

☐

ROSZCZENIA z tytułu ubezpieczonej działalności lub działalności objętej ochroną w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osoby posiadającej licencję doradcy restrukturyzacyjnego, pełniącej funkcję w postępowaniu restrukturyzacyjnym, upadłościowym lub egzekucyjnym

Czy w ciągu 3 lat przed dniem wypełnienia niniejszego wniosku zostało zgłoszone wobec Ubezpieczonego roszczenie zakończone wypłatą odszkodowania lub Ubezpieczony ma świadomość wystąpienia okoliczności mogących skutkować takimi roszczeniami w przyszłości? TAK ☐ NIE ☐

POCZĄTEK OKRESU UBEZPIECZENIA data początku okresu ubezpieczenia nie może rozpoczynać się przed datą wypełnienia i przesłania wniosku

Proszę podać datę początku rocznego okresu ubezpieczenia:

SUMA GWARANCYJNA

Proszę zaznaczyć wybrany wariant sumy gwarancyjnej:

100 000 PLN

☐

250 000 PLN

☐

500 000 PLN

☐

1 000 000 PLN

☐

PŁATNOŚĆ SKŁADKI

Składka może być rozłożona na 2 lub 4 równe raty. W przypadku zastosowania płatności ratalnej naliczana jest dodatkowa składka określona poniżej

Zgodnie z ww. postanowieniem proszę zaznaczyć wybrany sposób płatności:

jednorazowo

☐

2 raty (+ 2% składki)

☐

4 raty (+ 5% składki)

☐

FRANSZYZA REDUKCYJNA

Standardowo w ubezpieczeniu ma zastosowanie franszyza redukcyjna 10 000 PLN. W przypadku zastosowania franszyzy redukcyjnej w wysokości 5 000 PLN naliczana jest dodatkowa składka określona poniżej

Proszę zaznaczyć wybrany wariant franszyzy redukcyjnej:

10 000 PLN

☐

5 000 PLN (+ 10% składki)

☐

C. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Procedura zawarcia ubezpieczenia

Do rozpoczęcia procedury zawarcia ubezpieczenia należy wysłać skan wniosku do BPS na e-mail: centrala@bps.org.pl.
Oryginał wypełnionego wniosku należy wysłać na adres: BPS Paweł Pankowski, ul. Okrzei 2/1, 96-100 Skierniewice.

Upoważnienie do zawarcia ubezpieczenia (obligatoryjne)

Upoważniam Pawła Pankowskiego prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą BUSINESS PROTECTION SOLUTIONS PAWEŁ PANKOWSKI z siedzibą w Skierniewicach przy ul. Strobowska 38AT, nr REGON: 382126156, nr zezwolenia KNF: 2469/19 do:

- 1) świadczenia usług w zakresie planowania i organizacji ochrony ubezpieczeniowej obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osoby posiadającej licencję doradcy restrukturyzacyjnego, pełniącej funkcję w postępowaniu restrukturyzacyjnym, upadłościowym lub egzekucyjnym oraz ewentualnie pozostałych ryzyk związanych z moją działalnością,
- 2) doprowadzenia do zawarcia umów ubezpieczenia pomiędzy ubezpieczycielem i mną na moje zlecenie i w moim imieniu,
- 3) sprawowania nadzoru nad wykonaniem umów ubezpieczenia zawartych w moim imieniu,
- 4) reprezentowanie moich interesów przy likwidacji szkód.

Miejscowość i data

Podpis

Zgoda na przekazywanie dokumentacji drogą elektroniczną (dobrowolne)

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.

Miejscowość i data

Podpis

Zapoznanie się z warunkami ubezpieczenia (obligatoryjne)

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zapoznałem się z warunkami ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej, do którego zastosowanie ma niniejszy Wniosek.

Miejscowość i data

Podpis

Przetwarzania danych osobowych (obligatoryjne)

Oświadczam, że otrzymałem Informację dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych tj.:

- Administratorem Państwa danych osobowych jest UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna. Szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych znajdują Państwo w dokumencie „Przetwarzanie danych osobowych w UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna” oraz „Przetwarzanie danych osobowych osób reprezentujących podmiot (kontrahent)”, które stanowią załącznik do niniejszego wniosku i są dostępne na stronie internetowej <https://www.uniqa.pl/dane-osobowe>.
- Administratorem Państwa danych osobowych jest Paweł Pankowski prowadzący działalność gospodarczą pod firmą BUSINESS PROTECTION SOLUTIONS PAWEŁ PANKOWSKI. Szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych znajdują Państwo w dokumencie „Klauzula informacyjna RODO - BPS”, który stanowi załącznik do niniejszego wniosku.

Miejscowość i data

Podpis

W związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, uprzejmie informujemy, że zasady składania i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.uniqa.pl/reklamacje