

## WNIOSEK O ZMIANĘ POLISY NR w zakresie minimalnej zdolności finansowej przewoźnika drogowego

- RZECZY

- OSÓB

### INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI

**LICZBA POJAZDÓW WYKORZYSTYWANYCH DO PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI:**

Zgodnie z przepisem art. 7 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) 1071/2009 z dnia 21 października 2009 r.

**OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ POWINIEN ROZPOCZĄĆ SIĘ W DNIU:**

godz. 00:00

**MIEJSCE ZŁOŻENIA POLISY**

BOTM

Starostwo

### DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO:

pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność gospodarczą

NIP

REGON

data rejestracji podmiotu we właściwym rejestrze lub ewidencji

numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej / nr KRS

nazwa organu rejestrującego

siedziba organu rejestrującego

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### Forma Prawna

- osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą  
 spółka cywilna  
 spółka jawna  
 spółka partnerska  
 spółka komandytowa  
 spółka komandytowo – akcyjna  
 spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
 spółka akcyjna  
 przedsiębiorstwo państwowe  
 inne

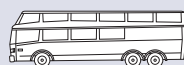
### osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu zgodnie z wpisem do rejestru:

imię \_\_\_\_\_ nazwisko \_\_\_\_\_ funkcja \_\_\_\_\_

imię \_\_\_\_\_ nazwisko \_\_\_\_\_ funkcja \_\_\_\_\_

imię \_\_\_\_\_ nazwisko \_\_\_\_\_ funkcja \_\_\_\_\_

#### Przewóz osób



numer zezwolenia: .....

numer licencji wspólnotowej: .....

nr teczki BOTM: .....

liczba wypisów z licencji: .....

#### Przewóz rzeczy



numer zezwolenia: .....

numer licencji wspólnotowej: .....

nr teczki BOTM: .....

liczba wypisów z licencji: .....

### ADRES SIEDZIBY ZGODNIE Z REJESTRACJĄ

ul. (plac): ..... nr domu: ..... nr lokalu: .....  
Miejscowość: ..... Kod: ..... Poczta: .....

### ADRES DO KORESPONDENCJI

ul. (plac): ..... nr lokalu: .....  
Miejscowość: ..... Kod: ..... Poczta: .....

### DANE KONTAKTOWE

Tel./fax: ..... e-mail: ..... www: .....

### OŚWIADCZENIA

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Oświadczam(y), że nie posiadam(y) zaciągniętych i niespłaconych zobowiązań wobec kontrahentów.  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2.. Oświadczam(y), że nie posiadam(y) zaciągniętych i niespłaconych kredytów, pożyczek, zobowiązań z tytułu leasingu.  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Oświadczam(y), że nie udzielono na nasze zlecenie gwarancji, która(e) nie wygasła(y).   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. Oświadczam(y), że aktualnie nie ubiegam(y) się o kredyt / pożyczkę / leasing.   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5. Oświadczam(y), że nie udzielił(śmy) poręczenia(eń), które nie wygasło(y).   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 6. Oświadczam(y), że nie zalegam z podatkami / składkami / innymi należnościami publicznoprawnymi (nie starsze niż 1 miesiąc).   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 7. Oświadczam(y), że przeciwko Ubezpieczającemu nie są prowadzone postępowania administracyjne / podatkowe / inne.   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 8. Oświadczam(y), że przeciwko Ubezpieczającemu nie są prowadzone postępowania egzekucyjne.  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 9. Oświadczam(y), że nie występują podstawy ogłoszenia upadłości ubezpieczającego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. prawo upadłościowe i naprawcze. | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

### UBEZPIECZAJĄCY:

Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, oraz danych firmowych przez pośrednika ubezpieczeniowego Christiana Waldendorfer oraz współpracujących z nim ubezpieczycieli.  TAK  NIE

Wyraża zgodę na otrzymywanie od Christiana Waldendorfer materiałów i informacji handlowych w rozumieniu ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. 2004 nr 171 poz. 1800) w odniesieniu do świadczenia usług drogą elektroniczną.  TAK  NIE

Oświadcza, że zrzeka się pisemnej porady, o której mowa w przepisie art. 26 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, jak i z doradztwa w myśl § 137f GewO (austriacka ustawa o porządku zawodowym) i § 43 ust. 4. Vers VG (austriacka ustawa o umowie ubezpieczeniowej).  TAK  NIE

Oświadcza, że po zapoznaniu się z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Odpowiedzialności Zawodowej w Zakresie Minimalnej Zdolności Finansowej Przewoźnika Drogowego, które przyjmuje bez zastrzeżeń, jak również po zapoznaniu się z Regulaminem świadczenia usług pośrednictwa ubezpieczeniowego przez Internet, dokonuje zgłoszenia w celu zawarcia umowy ubezpieczeniowej. Ubezpieczający potwierdza jednocześnie zgodność informacji przekazanych ubezpieczycielowi w myśl przepisu art. 815 kodeksu cywilnego i zobowiązuje się do zgłaszania wszelkich zmian przekazanych informacji.  TAK  NIE

miejscowość

data

podpis osoby uprawnionej  
zgodnie z reprezentacją