



Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia Nadwyżkowego Odpowiedzialności Cywilnej Zawodowej dla kancelarii adwokackiej / zespołu adwokackiego / spółki

zgodnie z warunkami Umowy Generalnej z dnia 21.XII.2011r. – zawartej pomiędzy NRA a PZU i HDI numer _____ z dnia _____

Ubezpieczający (płatnik składki)

Ubezpieczający jest także Ubezpieczonym TAK / NIE _____

Nazwa _____
Adres _____
Koresp. _____
Kontakt tel. _____ email _____
Info stat. NIP _____ PESEL _____ REGON _____

Ubezpieczony

Nazwa _____
Adres _____
Koresp. _____
Kontakt tel. _____ email _____
Info stat. NIP _____ PESEL _____ REGON _____

Wspólnicy, członkowie zespołu adwokackiego, inni prawnicy stale zatrudnieni w kancelarii

Lp.	Imię i Nazwisko / PESEL / Uprawnienia / Nr wpisu na listę
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
5.	_____
6.	_____
7.	_____
8.	_____
9.	_____
10.	_____
11.	_____
12.	_____

Historia szkodowa Ubezpieczonego

Rok	Ubezpieczyciel	Ilość roszczeń	Wartość roszczeń	Ilość wypłat	Kwota wypłat
2009	_____	_____	_____	_____	_____
2010	_____	_____	_____	_____	_____
2011	_____	_____	_____	_____	_____

Informacje o wnioskowanym ubezpieczeniu

Okres ubezpieczenia od _____ do _____

Kontynuacja ubezpieczenia nadwyżkowego kancelarii adwokackiej w PZU / HDI _____ TAK / NIE
poprzednia polisa nr _____ do dnia _____

**Nadwyżkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zawodowej
na bazie działania lub zaniechania (trigger act committed)**

TAK / NIE

Umowa Generalna – rozdział IV (par. 22- 25)

Suma gwarancyjna - na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 250.000 PLN | <input type="checkbox"/> | 1.500.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 500.000 PLN | <input type="checkbox"/> | 2.000.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 750.000 PLN | <input type="checkbox"/> | 3.000.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 1.000.000 PLN | <input type="checkbox"/> | 4.000.000 PLN |

Klauzula dodatkowa 61 – Dokumenty

- | | |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | 100.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 200.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 300.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 400.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 500.000 PLN |

**Nadwyżkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zawodowej
na bazie roszczeń zgłoszonych (trigger claims made)**

TAK / NIE

Umowa Generalna – rozdział IV (par. 26 – 28)

Suma gwarancyjna - na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1.000.000 PLN | <input type="checkbox"/> | 4.000.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 1.500.000 PLN | <input type="checkbox"/> | 5.000.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 2.000.000 PLN | <input type="checkbox"/> | 10.000.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 2.500.000 PLN | <input type="checkbox"/> | 15.000.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 3.000.000 PLN | <input type="checkbox"/> | 20.000.000 PLN |

Klauzula dodatkowa 61 – Dokumenty

- | | |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | 100.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 200.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 300.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 400.000 PLN |
| <input type="checkbox"/> | 500.000 PLN |

TAK / NIE

Płatność składki:

- | | | | |
|--------------------------|--|---------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednorazowo | kwota składki | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Raty <input type="checkbox"/> półroczne <input type="checkbox"/> kwartalne <input type="checkbox"/> miesięczne | kwota raty | <input type="text"/> |

Oświadczam, że wszystkie informacje i oświadczenia podane w niniejszym wniosku o ubezpieczenie są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane do PZU S.A. w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą i stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia. Jestem świadomy skutków zatajenia lub podania nieprawdziwych danych wynikających z przepisów kodeksu cywilnego.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z Umową Generalną w sprawie programu dla adwokatów z dnia 21 grudnia 2011r. oraz Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Zawodowej, ustalonymi uchwałą nr UZ 351/2007 z dnia 28 czerwca 2007 roku Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółka Akcyjna.

Administratorem danych osobowych podanych w związku z przystąpieniem do niniejszej umowy ubezpieczenia będą: Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 2 - koasekurator prowadzący, adres siedziby: 00-133 Warszawa oraz HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. - koasekuratora siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 133 A, 02-304 Warszawa. Dane te będą przetwarzane w celu i zakresie związanym z zawarciem i wykonywaniem niniejszej umowy ubezpieczenia. Osoba, której dane dotyczą ma prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Wyrażam / Nie wyrażam zgody na udostępnianie moich danych osobowych w celach marketingowych następującym podmiotom: PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, których siedziba znajduje się przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Postępu 18 a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanym kapitałowo z PZU SA. Powyższe dane podaję dobrowolnie.

Podpisy:

wysłany dnia _____