

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ NAUCZYCIELI LUB WYCHOWAWCÓW

DANE UBEZPIEZAJĄCEGO

Nazwa _____			
Adres siedziby: Ulica _____	Nr budynku/lokalu _____	Kod pocztowy _____	Miejscowość _____
REGON/NIP _____	KRS _____	Telefon kontaktowy _____	E-mail _____

DANE UBEZPIECZONEGO

imiennie (zgodnie z wykazem Ubezpieczonych) bezimiennie (100% osób zgłaszanych do ubezpieczenia)

Liczba nauczycieli lub wychowawców zgłaszanych do ubezpieczenia: _____

FORMA UBEZPIECZENIA

Umowa grupowa zawierana przez Ubezpieczającego na cudzy rachunek

OKRES UBEZPIECZENIA

OD DD MM RR RR RR DO DD MM RR RR RR

SUMA GWARANCYJNA NA JEDNEGO UBEZPIECZONEGO

10.000 zł 25.000 zł 50.000 zł 100.000 zł Inna _____

ZAKRES UBEZPIECZENIA

terytorium RP poza terytorium RP, z wyłączeniem USA, Kanady, Australii i Nowej Zelandii

WARUNKI DODATKOWE LUB ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

Składając niniejszy wniosek Ubezpieczający oświadcza, że znana jest mu treść i zostały mu doręczone Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Nauczycieli lub Wychowawców – stanowiące podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia oraz że akceptuje treść tych warunków ubezpieczenia. Ubezpieczający potwierdza, że zostały dostarczone Ubezpieczającemu na piśmie informacje dotyczące pośrednika ubezpieczeniowego, zgodnie z wymogami ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Niniejszym oświadczamy, że wszystkie informacje podane w niniejszym dokumencie i innych dokumentach, składanych w celu zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową członków grupy, są zgodne z prawdą i podane do wiadomości Towarzystwa zgodnie z posiadaniem pełnomocnictwem do reprezentowania Ubezpieczającego.

Data i podpis Ubezpieczającego

WYRAŻAM ZGODĘ NA (*dotyczy osoby fizycznej):

przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, w celach analizy marketingowej i marketingu bezpośredniego produktów lub usług Towarzystwa po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej – bezterminowo.

Data i podpis Ubezpieczającego

przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, w celach analizy marketingowej i marketingu bezpośredniego produktów i usług Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.

Data i podpis Ubezpieczającego

