

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ CZŁONKÓW WŁADZ SPÓŁKI



Data wpływu - -
Wniosek do Polisy Nr

Wniosek powinien być wypełniony przez osoby umocowane do reprezentowania Ubezpieczającego.
Wszystkie odpowiedzi powinny być sformułowane w sposób jednoznaczny i dokładny.
Jeżeli kompletna odpowiedź nie mieści się na formularzu wniosku, proszę o dokończenie odpowiedzi na papierze opatrzonym podpisem i pieczętą osoby reprezentującej Ubezpieczającego.

I Ubezpieczający

<input type="text"/>			
Imię i nazwisko / nazwa przedsiębiorcy*			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Pełna nazwa firmy		REGON/NIP	
Adres siedziby głównej:			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica		Numer domu Numer lokalu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sąd rejestrowy	Numer rejestrowy	Data utworzenia	Całkowita liczba pracowników

II Proponowany limit odpowiedzialności (Suma Gwarancyjna)

Na jedno i wszystkie zdarzenia w ciągu roku, na wszystkie ubezpieczone osoby łącznie (niezależnie od liczby osób odpowiedzialnych)

III Dane dotyczące ubezpieczenia

1. Ubezpieczenie ma charakter nadwyżki TAK NIE

Jeżeli „TAK” proszę o podanie szczegółów dotyczących polisy podstawowej: okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy Gwarancyjnej

2. Proponowany okres ubezpieczenia od - - do - -

3. Wnioskowana wysokość Sumy Gwarancyjnej na jedno i wszystkie zdarzenia w ciągu roku, na wszystkich Ubezpieczonych łącznie (niezależnie od liczby osób odpowiedzialnych)

PLN

4. Czy ubezpieczenie ma obejmować zakres dodatkowy tj. ryzyko Naruszenia Praw Pracowniczych (NPP)? TAK NIE Jeżeli „TAK” proszę o podanie:

1) całkowitej liczby pracowników na koniec trzech ostatnich lat (rok po roku)

2) wysokości średniego miesięcznego wynagrodzenia brutto wraz z premiami (jeżeli występują) za trzy ostatnie lata (rok po roku) PLN

3) czy w przeciągu ostatnich 36 miesięcy zostało zgłoszone jakieś roszczenie z tytułu Naruszenia Praw Pracowniczych (NPP) lub czy toczyło się jakieś postępowanie w sprawie o Naruszenie Praw Pracowniczych w tym prowadzone przez Państwową Inspekcję Pracy? (NPP zdefiniowane jak w klauzuli) TAK NIE

4) jeżeli na pytanie nr 3 udzielono twierdzącej odpowiedzi, proszę podać:

– listę spraw z krótkim opisem rodzaju spraw:

– jakie środki zaradcze zastosowano na przyszłość:

– informację o wysokości roszczeń z tego tytułu z wyszczególnieniem maksymalnego odszkodowania/zadośćuczynienia:

5) czy Spółka w ciągu ostatniego roku przechodziła proces restrukturyzacji w tym restrukturyzacji zatrudnienia, bądź czy planuje przeprowadzić restrukturyzację w ciągu kolejnych 12 miesięcy? TAK NIE

6) ilu pracowników (procentowo w porównaniu do całkowitej liczby pracowników) zostało zwolnionych w ciągu ostatnich 12 miesięcy w Spółce?

7) czy Spółka posiada Departament Personalny/Zasobów Ludzkich/Human Resources? TAK NIE Jeżeli tak ile osób pracuje w departamencie?

8) czy Spółka posiada regulamin zatrudniania pracowników, instrukcję BHP, opisy stanowisk, stosuje weryfikację długości urlopów udzielanych pracownikom? TAK NIE
Jeżeli posiada wymienione regulaminy, instrukcje lub opisy prosimy o przekazanie do Ubezpieczyciela.

9) czy w Spółce stosuje się zasadę co najmniej jednego 14 dniowego urlopu, przynajmniej raz do roku? TAK NIE

IV Struktura własności

1. Spółka jest: spółką z większościovym udziałem Skarbu Państwa spółką z większościovym udziałem kapitału prywatnego

2. Spółka jest notowana na giełdzie papierów wartościowych: w Polsce za granicą

Jeżeli za granicą, to prosimy o wskazanie giełdy

3. Liczba udziałów (akcji) i udziałowców (akcjonariuszy):

	Bez prawa głosu	Z prawem głosu
Liczba udziałowców (wyemitowanych akcji)		
Liczba udziałowców (akcjonariuszy)**		

** w przypadku spółek giełdowych – akcjonariuszy posiadających powyżej 10 % akcji

4. Nazwy udziałowców (akcjonariuszy) posiadających bezpośrednio lub pośrednio więcej niż 10% udziałów (akcji)

Nazwa (imię i nazwisko)	Procent udziałów (akcji)	Procent praw głosu

V Przedmiot działalności spółki

1. Rodzaj działalności

Rodzaj działalności	Liczba lat, w ciągu których spółka prowadzi nieprzerwanie daną działalność

2. Czy przez okres ostatnich pięciu lat

• spółka zmieniła nazwę? TAK NIE

Jeżeli „TAK”, proszę podać szczegóły

• spółka lub firma zależna została wykupiona, połączona lub zostały poczynione kroki ku temu? TAK NIE

Jeżeli „TAK”, proszę podać szczegóły

• struktura własności uległa zmianie (np. czy zmieniła się liczba i rodzaj udziałów (akcji) na które jest podzielony kapitał)? TAK NIE

Jeżeli „TAK”, proszę podać szczegóły

• spółka lub firma zależna dokonała wykupienia, połączenia lub innej zmiany rodzaju działalności? TAK NIE

Jeżeli „TAK”, proszę podać szczegóły

• czy z którymś z dotychczasowych członków władz spółki została rozwiązana umowa – „kontrakt menedżerski”? TAK NIE

Jeżeli „TAK”, proszę podać szczegóły

• spółka zerwała stosunki z bankiem, doradcą, rewidentem lub księgowym albo czy takie kroki lub zerwanie stosunków było rozważane? TAK NIE

Jeżeli „TAK”, proszę podać szczegóły

3. Czy spółka posiada ocenę zdolności kredytowej lub zdolności płatniczej (rating)? TAK NIE

Jeżeli „TAK”, proszę o podanie nazwy organizacji dokonującej takiej oceny, datę ostatniej oceny oraz rezultat

4. W jaki sposób odbywa się, w odniesieniu do decyzji członków zarządu spółki, regularna, wewnętrzna procedura kontroli?

Proszę podać szczegóły

5. Kursy akcji:

Proszę podać najwyższą i najniższą wartość jednej akcji w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

6. Proszę podać przychody spółki za ostatnie 3 lata (wartości w rozbiciu rocznym):

1 ROK	2 ROK	3 ROK
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VI Firmy zależne

Czy spółka posiada firmy zależne, tzn. czy:

- kontroluje skład Zarządu? TAK NIE
 - posiada prawo do więcej niż 50% głosów na zgromadzeniu wspólników (walnym zgromadzeniu)? TAK NIE
 - posiada więcej niż 50% udziałów (akcji)? TAK NIE
- Jeżeli „TAK”, proszę sporządzić listę firm zależnych (wg załącznika)

VII Działalność na terytorium Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Kanady

1. Czy spółka prowadzi jakąkolwiek formę działalności lub posiada aktywa na terytorium Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Kanady? TAK NIE

Jeżeli „TAK” proszę podać szczegóły: nazwy podmiotów, wielkość osiągniętych na tych terytoriach przychodów (za ostatnie 3 lata, w rozbiciu rocznym), wartość posiadanych aktywów oraz liczbę zatrudnianych pracowników

2. Czy spółka notowana jest na giełdzie na terytorium Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Kanady? TAK NIE

Jeżeli TAK prosimy o wskazanie giełdy

3. Czy w Stanach Zjednoczonych Ameryki lub w Kanadzie zaciągnięto jakiegokolwiek dłuży lub wyemitowano instrumenty kapitałowe albo papiery wartościowe? TAK NIE

Jeśli „TAK” proszę podać szczegóły

4. Czy spółka posiada spółki zależne na terytorium Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Kanady? TAK NIE

Jeżeli „TAK” proszę podać szczegóły: nazwy podmiotów, wielkość przychodów (za ostatnie 3 lata, w rozbiciu rocznym)

VIII Szkodowość

1. Czy kiedykolwiek zostało zgłoszone jakiegokolwiek roszczenie przeciwko obecnym lub byłym członkom władz spółki albo jej firm zależnych w zakresie odpowiedzialności cywilnej członków władz spółki? TAK NIE

Jeżeli „TAK” proszę podać szczegóły

2. Czy spółce lub któremukolwiek z ubezpieczonych są znane okoliczności lub wypadki mogące rodzić roszczenia w zakresie odpowiedzialności cywilnej członków władz spółki w okresie ubezpieczenia? TAK NIE

Jeżeli „TAK” proszę podać szczegóły

3. Czy zostały zauważone fakty, okoliczności lub sytuacje albo czy jakiegokolwiek błędy zostały dokonane w poprzednim okresie ubezpieczenia, które mogą rodzić roszczenia w zakresie odpowiedzialności cywilnej członków władz spółki? TAK NIE

Jeżeli „TAK” proszę podać szczegóły

4. Czy spółce lub firmie zależnej wiadomo o będącym w toku procesie sądowym (np. odszkodowawczym, antymonopolowym, podatkowym, z zakresu prawa autorskiego) albo postępowaniu administracyjnym przeciwko niej lub firmie zależnej lub członkom władz spółki albo o przygotowaniach do nich? TAK NIE

Jeżeli „TAK” proszę podać szczegóły

IX Poprzednie ubezpieczenie

1. Proszę o szczegóły dotyczące poprzedniego ubezpieczenia OC członków władz spółki:

Rok	Ubezpieczyciel	Suma gwarancyjna na jedno i wszystkie zdarzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Czy bieżąca umowa ubezpieczenia OC członków władz spółki posiada retroaktywną datę?

TAK NIE

Jeżeli „TAK”, to od kiedy

3. Czy kiedykolwiek inny zakład ubezpieczeń odmówił zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej członków władz spółki albo wypowiedział, odmówił odnowienia takiej umowy lub obniżył wymagany limit czy też wprowadził specjalne warunki?

TAK NIE

Jeżeli „TAK”, proszę o podanie szczegółów

X Wymagane dokumenty

Proszę o dołączenie do wniosku sprawozdania finansowego Ubezpieczającego za 3 lata poprzedzające wnioskowany okres ubezpieczenia wraz z opinią biegłego rewidenta.

PZU SA zastrzega sobie prawo do zadawania pytań dodatkowych, niezbędnych do właściwej oceny ryzyka.

XI Oświadczenia

Oświadczam, że podane powyżej dane i informacje są prawdziwe oraz że nie zostały zniekształcone ani pominięte jakiegokolwiek istotne fakty.

Informacja Administratora danych osobowych, o danych kontaktowych administratora, celach i podstawie prawnej przetwarzania danych, okresie ich przechowywania, odbiorcach danych oraz prawach, jakie przysługują podmiotowi danych stanowi załącznik do wniosku.

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z moim ubezpieczeniem w PZU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
2	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
3	PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
4	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
5	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
8	Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
9	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

Miejscowość

- -
Data

Pieczęć i podpis Ubezpieczającego

Na podstawie art. 815 k.c. podanie informacji wymaganych do zawarcia umowy ubezpieczenia jest obowiązkowe.

* niepotrzebne skreślić