

Wniosek Dotyczący zawarcia ubezpieczenia w ramach dodatkowej klauzuli - kary dyscyplinarne

Niniejszy wniosek ma charakter poufny

1. UBEZPIECZAJĄCY					
1.1. Biegły Rewident bądź firma – nazwa, Adres, siedziba, telefon, e-mail (ubezpieczającym – płatnikiem składki może być firma)					
.....					
.....					
.....					
REGON <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"/>					
NIP <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. UBEZPIECZONY					
Imię i Nazwisko oraz numer wpisu na listę biegłych rewidentów:					
2.1. Czy Ubezpieczony bada Jednostki Zainteresowania Publicznego? TAK/NIE * (*Niepotrzebne skreślić)					
3. ROSZCZENIA					
3.1. Czy w ciągu ostatnich 3 lat jakkolwiek Ubezpieczyciel wypłacił jakiegokolwiek świadczenia z tytułu kar dyscyplinarnych nałożonych na Ubezpieczonego/Ubezpieczającego? Jeżeli tak prosimy podać szczegóły.					
3.2. Czy wobec Ubezpieczającego/Ubezpieczonego zostało wszczęte jakiegokolwiek postępowanie mogące skutkować nałożeniem kary? Jeżeli tak prosimy podać szczegóły.					
3.3. Czy Ubezpieczonemu znane są jakiegokolwiek okoliczności, które mogą spowodować wszczęcie postępowania w sprawie nałożenia kary dyscyplinarnej? Jeżeli tak prosimy podać szczegóły.					
4. OKRES UBEZPIECZENIA					
Wnioskowany okres ubezpieczenia. Podana data nie powinna być wcześniejsza niż data złożenia wniosku.					
Od		Do			
dzień	miesiąc	rok	dzień	miesiąc	rok
6. SUMA GWARANCYJNA					
Suma ubezpieczenia <u>do wyboru</u> :			Ubezpieczony, którego dotyczy suma ubezpieczenia:		
<input type="checkbox"/>	25 000 PLN				
<input type="checkbox"/>	50 000 PLN				

Wskazuję brokera Willis Towers Watson Sp. z o.o. jako jedyne upoważnionego do: wykonywania w moim imieniu czynności brokerskich polegających na doprowadzaniu do zawarcia umów ubezpieczenia w ramach dodatkowej klauzuli – kary dyscyplinarne oraz uczestniczenia w zarządzaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia również w sprawach o odszkodowanie.

.....
miejsce i data złożenia wniosku

.....
podpis Ubezpieczającego

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S. A. z siedzibą w Warszawie, ul. Chmielna 85/87. Przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe głównie w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, realizacji umowy ubezpieczenia, likwidacji szkód, marketingu, analiz biznesowych oraz realizacji obowiązków do których zobowiązuje nas prawo.

Jeśli Warta uzyskała od Pani/Pana zgodę na przetwarzanie danych osobowych to ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Jednym z przysługujących Pani/Panu praw jest prawo do wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, w tym profilowania na tej podstawie, oraz do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę.

W przypadku jakichkolwiek pytań, w celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z inspektorem ochrony danych na adres IOD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby Warty podanym powyżej lub osobiście/telefonicznie z agentem.

Warta dba o Pani/Pana dane osobowe, przetwarza je zgodnie z przepisami prawa i starannością. Szczegóły w tym informacje o wszystkich przysługujących prawach i zasadach przetwarzania danych przez Wartę znajdują się na banerze informacyjnym u agenta lub w załączniku do polisy, a także na stronie internetowej pod adresem: www.warta.pl

Oświadczam, że zapoznałam\em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez Wartę.

.....
miejsce i data złożenia wniosku

.....
podpis Ubezpieczającego