

Załącznik do wniosku nr 50004286718**Analiza Potrzeb Klienta**

1. Proszę wskazać jaki rodzaj placówki lub podmiotu ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową?

 Szkoła lub inna placówka oświatowa Inny podmiot \_\_\_\_\_

2. Czy w podmiocie, który ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową, wykonywana jest następująca działalność?

 Wykonywanie zadań dydaktycznych, wychowawczych, opiekuńczych i pomocniczych związanych z procesem nauczania i wychowywania Inne nieokreślone powyżej \_\_\_\_\_

3. Jaki rodzaj ryzyka ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową?

 Odpowiedzialność cywilna Inny rodzaj ryzyka \_\_\_\_\_

4. Jaką liczbę nauczycieli (pracowników dydaktycznych) zatrudnia podmiot, który ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową? \_\_\_\_\_

5. Czy podmiot, który ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową posiada wzięte w najem nieruchomości lub pomieszczenia?

 Tak - prosimy o podanie ich wartości, jeśli jest znana: \_\_\_\_\_ Nie \_\_\_\_\_

6. Czy podmiot, który ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową posiada ruchomości wzięte w najem lub leasing?

 Tak - prosimy o podanie ich wartości, jeśli jest znana: \_\_\_\_\_ Nie \_\_\_\_\_

7. Czy podmiot, który ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową prowadzi szatnię?

 Tak Nie

**Analiza Potrzeb Klienta**

Oświadczam, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia:

- 1) Została przeprowadzona ze mną rozmowa indentyfikująca moje potrzeby i wymagania w zakresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) Jestem świadomy/a, iż ubezpieczenie, ryzyko obejmuje wykonanie zadań dydaktycznych, wychowawczych, opiekuńczych i pomocniczych związanych z procesem nauczania i wychowania oraz posiadanie przez Ubezpieczonego, również na podstawie umowy zlecenia, nauczycieli, wychowawców i opiekunów, a także pozostałych Pracowników Ubezpieczonego;

Czytelny podpis Ubezpieczającego

**Wniosek nr 50004286718**Na podstawie znanych mi Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej szkół, pracowników i nauczycieli, wnoszę o zawarcie umowy ubezpieczenia z początkiem odpowiedzialności od 2019-09-09**Dane Ubezpieczającego**

Nazwa

Przedszkole Niepubliczne Truskawkowa Polanka

Adres

Nowomiejska 24a/, 63130 Książ Wielkopolski

REGON / PESEL

368211140

Telefon

731021553

Email

sekretariat@truskawkowapolanka.pl**Parametry ubezpieczenia**

Wnioskowana suma gwarancyjna:

- 20 000 PLN     50 000 PLN     100 000 PLN     200 000 PLN     300 000 PLN     500 000 PLN     1 000 000 PLN

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

- podstawowa     rozszerzona

Zakres rozszerzony:

Sublimit sumy gwarancyjnej (PLN)

Składka dodatkowa za wybrany okres (PLN)

- Odpowiedzialność pracodawcy
- Szkody w nieruchomościach i pomieszczeniach wziętych w najem
- Szkody w ruchomościach wziętych w najem
- Szkody w rzeczach przyjętych na przechowanie w szatni

**Wysokość składki rocznej**

Liczba pracowników zatrudnionych na umowę o pracę lub zlecenia

4

Składka podstawowa

188 PLN

Składka dodatkowa

0 PLN

składka łączna

188 PLN**Oświadczenia**

1. Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i są przekazywane w dobrej wierze, oraz że nie ukryłem/am żadnego faktu, o który mnie zapytano.
2. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia przed jej zawarciem, jak i po jej zawarciu, na trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na podany przeze mnie adres email.
3. Integralną częścią wniosku jest załącznik - klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych.
4. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia zostały mi doręczone Ogólne Warunki Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej placówek oświatowych i ich pracowników Bezpieczny.pl wraz ze Skorowidzem, przyjęte uchwałą Zarządu Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. obowiązujące od 1 lipca 2019 r. (dalej OWU), w sposób umożliwiający mi ich przechowywanie i odtwarzanie, z którymi się zapoznałem, a które stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. Oświadczam, że doręczyłem Ubezpieczonemu OWU oraz Skorowidz przed przystąpieniem przez niego do umowy ubezpieczenia.
6. Oświadczam, że przed przekazaniem danych osobowych zostałem zapoznany z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.
7. Okres ochrony ubezpieczeniowej uwarunkowany jest opłaceniem składki zgodnie z OWU.
8. Umowa ubezpieczeniowa została zawarta w dniu 2019-08-29 na 12-miesięczny okres ubezpieczenia.
9. Oświadczam, że przed zawarciem umowy (umów) ubezpieczenia zgodnie z Ustawą oraz na podstawie OWU określonych w ww. ustępie, zapoznałem(am) się z treścią pełnomocnictwa Agenta ubezpieczeniowego oraz zostałem(am) poinformowany(a) o charakterze jego wynagrodzenia.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego

**Zgoda na przetwarzanie danych**

Zgadzam się na przetwarzanie przez Bezpieczny.pl Spółka z o.o. z siedzibą w Gdańsku (80-178) przy ul. Goplańskiej 56 („BPL”) moich danych osobowych obejmujących: imię, nazwisko, adres e-mail, numer telefonu, dla celów marketingu produktów i usług oferowanych przez BPL. Zgoda obejmuje także profilowanie, które będzie służyć określeniu preferencji i potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od BPL informacji handlowych o produktach i usługach oferowanych przez BPL:  zaznaczam wszystkie poniższe

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> głosowo (np. połączenia telefoniczne)     | <input type="checkbox"/> za pośrednictwem serwisów transakcyjnych         |
| <input type="checkbox"/> mailem                                    | <input type="checkbox"/> w grach i wirtualnej rzeczywistości (VR)         |
| <input type="checkbox"/> poprzez SMS                               | <input type="checkbox"/> przy użyciu automatycznych systemów wywołujących |
| <input type="checkbox"/> za pośrednictwem mediów społecznościowych |   |

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego

**Pośrednik**

Imię i nazwisko Pośrednika

Numer Pośrednika

Telefon

Email

**Aneta Słowińska****24182****793689978****aslowinska@bezpieczny.pl**

Data

Podpis Pośrednika