

Przedmiot ubezpieczenia (brak zakreślenia pola „tak” przy którymkolwiek z przedmiotów ubezpieczenia skutkuje brakiem ochrony dla danego przedmiotu)

Jacht	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Suma ubezpieczenia
Silnik stacjonarny	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Suma ubezpieczenia
Silnik przyczepny	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Suma ubezpieczenia

Wyposażenie jachtu objęte ochroną (nazwa)	Opis (marka, rok produkcji)	Liczba

Tytuł prawny do ubezpieczonego jachtu (należy zakreślić „x” odpowiednie pole)

własność czarter dzierżawa użyczenie Należy podać na podstawie jakiej umowy _____

Dane techniczne jachtu

Nazwa jachtu	
Numer rejestracyjny	
Port macierzysty	
Miejsce przechowywania jachtu w okresie wyłączenia z eksploatacji	
Klasa, typ jachtu	
Długość całkowita (m)	
Szerokość (m)	
Powierzchnia żagla (m ²)	
Dane i nr silnika (o ile ma być objęty ochroną)	
Rok budowy	
Jacht zgłoszony do ubezpieczenia jest w stanie nieuszkodzonym	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jeżeli jacht jest w stanie uszkodzonym należy podać rodzaj uszkodzeń	

Składka za ubezpieczenie

	Jacht	Silnik
Suma ubezpieczenia	zł	zł
Stawka	%	%
Składka podstawowa	zł	zł
Łączna składka podstawowa	zł	zł

Zniżki

	%
	%

Zwyżki

	%
	%
Składka łączna	zł

Wykupienie franszyzy redukcijnej

Wykupienie franszyzy redukcijnej następuje przez podwyższenie składki o 100zł. Brak opłacenia składki dodatkowej powoduje, że franszyza redukcyjna ma zastosowanie zgodnie z o.w.u. Franszyza redukcyjna wynosi 500 zł z wyjątkiem szkód spowodowanych przez pożar, uderzenie pioruna, eksplozję, uderzenie lub upadek statku powietrznego, również wtedy, gdy szkody spowodowane przez te zdarzenia ubezpieczeniowe powstaną w trakcie transportu (o ile wykupiono ubezpieczenie w wariantcie OPTIMUM).	zł
Składka do zapłaty	zł

Składka płatna: (należy zakreślić „x” odpowiednie pole) jednorazowo w dwóch ratach w czterech ratach

Forma płatności: gotówka karta płatnicza przelew (należy zakreślić „x” odpowiednie pole)

Dokumentem opłacenia składki albo jej raty jest:
 – kwitariusz wpłaty gotówkowej potwierdzony przez agenta,
 – potwierdzenie przelewu bankowego,
 – dowód przekazania pocztowego,
 – kwitariusz wpłaty potwierdzony przez agenta w przypadku płatności kartą.

Kwota składki jednorazowej	zł	Termin zapłaty:
Kwota I raty	zł	Termin zapłaty:
Kwota II raty	zł	Termin zapłaty:
Kwota III raty	zł	Termin zapłaty:
Kwota IV raty	zł	Termin zapłaty:

Integralną część niniejszego wniosku stanowią fotokopie następujących załączników:

- | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> dowód rejestracji | termin ważności do (d-m-r) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> świadectwo zdolności żeglugowej | termin ważności do (d-m-r) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> karta bezpieczeństwa | termin ważności do (d-m-r) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

inne _____

Oświadczenie Ubezpieczającego:

Poniższym własnoręcznym podpisem potwierdzam, że:

a) wszelkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych TUIR Allianz Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego,

b) otrzymałem kopię niniejszego wniosku,

c) otrzymałem przed zawarciem umowy ubezpieczenia ogólne warunki ubezpieczenia casco jachtów Pod pełnymi żaglami zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Polska S.A. nr 90/2007 z dnia 11.07.2007r.

Klauzula informacyjna:

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S. A., (Administratora danych) z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu obsługi i wykonania umowy, w celu analitycznym oraz w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania.

W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody w ramach klauzuli marketingowej Pani/Pana dane będą udostępniane przez Administratora następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Allianz Polska Otwartemu Funduszowi Emerytalnemu zarządzanemu przez Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Bank Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o., Allianz Direct New Europe sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa), zwanym dalej „Spółkami Grupy Allianz Polska”. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz prawo pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, jak również sprzeciwu, które to uprawnienia przysługują w stosunku do każdego z ww. podmiotów.

W przypadku zawierania przez Panią/Pana umowy ubezpieczenia w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą wyrażona poniżej zgoda w ramach klauzuli marketingowej dotyczy ujawniania danych reprezentowanego przez Panią/Pana podmiotu i obejmuje zwolnienie z tajemnicy ubezpieczeniowej na rzecz pozostałych Spółek Grupy Allianz Polska.

Klauzula marketingowa (TU001/v2.1):

Wyrażam dobrowolną zgodę* na udostępnianie moich danych, w tym danych osobowych, zawartych w niniejszym dokumencie oraz pozyskanych w związku z zawartymi i wnioskowanymi umowami, Spółkom Grupy Allianz Polska wymienionym w klauzuli informacyjnej w celach analitycznych i marketingowych (w tym zgodę na zestawianie moich danych przez te Spółki), a także na przesyłanie przez Administratora i Spółki Grupy Allianz Polska informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej oraz przetwarzanie przez Administratora moich danych osobowych w celach marketingowych również w przypadku niezawarcia umowy lub po jej rozwiązaniu.

* W przypadku braku zgody prosimy o postawienie x w polu obok. Nie wyrażam zgody

Uwagi:

Numer i podpis UM

Miejscowość i data

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Pieczęć i podpis przedstawiciela TUIR Allianz Polska S.A.