**Wniosek o zawarcie ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Biegłych Sądowych i Ekspertów**

**Dane Ubezpieczającego**

Nazwisko i Imię lub nazwa PESEL lub NIP

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Adres korespondencyjny**

Ulica, nr domu/ nr lokalu Kod pocztowy, poczta, miejscowość

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Numer telefonu komórkowego Adres e-mail

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Dane Ubezpieczonego (jeżeli jest inny od Ubezpieczającego).**

**Nie wpisanie danych oznacza, że Ubezpieczający jest również Ubezpieczonym.**

Nazwisko Imię PESEL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Adres korespondencyjny**

Ulica, nr domu/ nr lokalu Kod pocztowy, poczta, miejscowość

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Numer telefonu komórkowego Adres e-mail

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Zawód wykonywany

|  |
| --- |
|  |

**Deklaruję wybór wariantu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **□ I Wariant****Składka roczna 240,00 zł****SU 100 000 zł****Ochrona prawna 10 000 zł** | **□ II Wariant****Składka roczna 300,00 zł****SU 250 000 zł****Ochrona prawna 20 000 zł** | **□ III Wariant****Składka roczna 408,00 zł****SU 500 000 zł****Ochrona prawna 50 000 zł** | **□ IV Wariant Składka roczna 636,00 zł****SU 1 000 000 zł****Ochrona prawna 100 000 zł** |

**Składka jest płatna jednorazowo, w ciągu 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.**

**Nr rachunku bankowego AXA do opłaty składki ubezpieczeniowej:**

**Bank PEKAO S.A.: 96 1240 2092 9637 0000 0515 8174**

**OŚWIADCZENIA**

**Zapoznanie się z warunkami ubezpieczenia**
Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia w charakterze Ubezpieczonego, zapoznałem się z warunkami ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Biegłych Sądowych i Ekspertów, do którego zastosowanie ma niniejszy Wniosek.

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji i dokumentów 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 e-mail.

Oświadczam, że otrzymałem Informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych.

**Data Podpis Ubezpieczającego**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Wypełnioną deklarację prosimy wydrukować, podpisać i przesłać: drogą e-mail na adres: ocbs@acmepartners.pl** **(skan lub foto)** **bądź listownie na adres Agenta AXA:**

**ACME PARTNERS Sp. z o.o.**

**ul. Grzybowska 80/82, lok. 124**

**00-844 Warszawa**