

DOTAZNÍK

PRE POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU



k Poistnej zmluve číslo:

1. Obchodné meno (názov) poisteného:

2. IČO:

3. Sídlo (miesto podnikania):

4. Adresa www stránky:

5. Má Vaša firma závody, pobočky, iné organizačné jednotky (uvedte ich sídlo): áno (popis) nie

a)

b)

c)

6. Druh hlavnej poisťovanej činnosti:

Druh vedľajšej poisťovanej činnosti:

Uvedte podiel na celkovej činnosti v %: hlavná činnosť: vedľajšia činnosť:

7. Odkedy vykonávate poisťovanú činnosť:

8. Uvedte ročný obrat (tržby) firmy: skutočný za predchádzajúci účtovný rok:
predpokladaný na bežný účtovný rok:

9. Uvedte objem ročných miezd

10. Počet pracovníkov: celkový:, z toho v hlavnom pracovnom pomere:

11. Máte na vykonávanie Vašej činnosti prenajaté nehnuteľnosti? Ak áno, kto podľa nájomnej zmluvy zodpovedá za údržbu nehnuteľností a príslušených objektov a komunikácií?
.....

12. Prevádzkové činnosti sú vykonávané:

vo vlastných nehnuteľnostiach áno (popis) nie

v prenajatých nehnuteľnostiach áno (popis) nie

13. Prenajímate vlastné nehnuteľnosti iným subjektom? áno (popis) nie

14. Je s činnosťou Vašej firmy spojené:

odkladanie vecí zákazníkov? áno nie

preberanie vecí od zákazníkov? áno nie

vstup Vašich pracovníkov do cudzích objektov, bytov a podobne? áno nie

práca mimo miesta prevádzky (podniku)? áno nie

poskytovanie jedál (občerstvenia)? áno nie

15. Môžu Vaši klienti, návštevy, vstupovať do Vašich prevádzkových objektov? áno (popis) nie

16. Stručne opíšte lokality, v ktorých sa Vaša firma a jej závody alebo iné organizačné jednotky nachádzajú (napr. priemyselná / poľnohospodárska oblasť / oblasť civilného osídlenia, resp. iné).
.....

17. Použitie nebezpečných látok

Pracujete s týmito druhmi materiálov?

s výbušnínami, áno (popis) nie

s plynmi, áno (popis) nie

s látkami uskladňovanými pod tlakom, áno (popis) nie

s chemikáliami, áno (popis) nie

s azbestom, áno (popis) nie

Colonnade Insurance S.A. so sídlom Rue Jean Piret 1, L-2350 Luxembourg, Luxembursko, zapísaná v Obchodnom registri Luxemburg pod č. B 61605
konajúca prostredníctvom

Colonnade Insurance S.A., pobočka poisťovne z iného členského štátu so sídlom Moldavská cesta 8 B, 042 80 Košice, IČO: 50 013 602, DIČ: 4120026471, IČ DPH: SK4120026471
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Košice I, oddiel: Po, vložka č. : 591/V

s toxickými látkami,	<input type="checkbox"/> áno (popis)	<input type="checkbox"/> nie
s rádioaktívnymi látkami,	<input type="checkbox"/> áno (popis)	<input type="checkbox"/> nie
s otvoreným ohňom,	<input type="checkbox"/> áno (popis)	<input type="checkbox"/> nie
s horľavinami,	<input type="checkbox"/> áno (popis)	<input type="checkbox"/> nie
s inými nebezpečnými látkami.	<input type="checkbox"/> áno (popis)	<input type="checkbox"/> nie
POŽIADAVKY NA POISTENIE:		
16. Želáte si uzavrieť poistenie na dobu: neurčitú <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie určitú <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie od do		
17. Požadovaný limit poistného plnenia pre všeobecnú zodpovednosť za škody: :		
18. Požiadavky na doplňujúce poistenie zodpovednosti za škodu:		
regresné nároky vznikajúce Sociálnej poisťovni a zdravotným poisťovniám Ak áno, aký je požadovaný limit poistného plnenia ?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
škoda na veciach prevzatých na spracovanie, opravu, úschovu a pod. Ak áno, aký je požadovaný limit poistného plnenia?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
škody spôsobené vadným výrobkom Ak áno, aký je požadovaný limit poistného plnenia?	<input type="checkbox"/> áno *	<input type="checkbox"/> nie
škody následkom znečistenia Ak áno, aký je požadovaný limit poistného plnenia?	<input type="checkbox"/> áno *	<input type="checkbox"/> nie
„V prípade kladnej odpovede na otázky označené áno *, prosím vyplniť doplňujúci dotazník.“		
19. Územná platnosť: Slovenská republika <input type="checkbox"/> Európa <input type="checkbox"/> Iné <input type="checkbox"/> - špecifikujte:		
20. Ak je Vaša činnosť vykonávaná aj mimo územia Slovenskej republiky, aké je percentuálne rozdelenie ročného obrátu na územie Slovenskej republiky a mimo územia Slovenskej republiky ?		
21. Mali ste už uzavreté poistenie zodpovednosti za škodu? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno: v ktorej poisťovni?		
na aký limit poistného plnenia?		
kedy sa Vám skončilo, resp. skončí toto poistenie?		
22. Bol voči Vám za posledných 5 rokov uplatnený nárok na náhradu škody? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Príčina uplatnenia nároku (v čom spočívala Vaša zodpovednosť)?		
Aká bola škoda a v akej výške?		
23. Uvedte ďalšie skutočnosti, ktoré považujete za dôležité pre posúdenie Vášho rizika:		

Ak pri niektorej otázke nie je dostatok miesta na odpoveď, využite nasledovný priestor alebo uveďte odpoveď na samostatnú prílohu.

Týmto vyhlasujem(e), že nami uskutočnené prehlásenia uvedené v tomto dotazníku sú úplné a pravdivé, a súhlasíme s tým, aby tento dotazník bol súčasťou poistnej zmluvy.

Sme si vedomí toho, že v prípade uzavretia poistnej zmluvy sme povinní oznámiť poisťiteľovi bez zbytočného odkladu všetky zmeny v skutočnostiach, ktoré sme uviedli v tomto dotazníku.

V dňa Pečiatka a podpis: