

Uwagi rzeczoznawcy:

ZRZECZENIE SIĘ ROSZCZENIA ODSZKODOWAWCZEGO

Niniejszym zrzekam się roszczenia odszkodowawczego dla rodzaju upraw
pod warunkiem, że nie poniosę kosztów likwidacji szkody i że zniżka za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia nie zostanie pomniejszona.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Nr rzeczoznawcy	Podpis Ubezpieczonego/poszkodowanego
		Podpis rzeczoznawcy

Ogłędziny końcowe dla poszczególnych pozycji:

Pozycje wg zgłoszenia szkody:

Pozycje wg zgłoszenia szkody:

oszacowane dnia:

oszacowane dnia:

przez:
Nr rzeczoznawcy Podpis rzeczoznawcy

przez:
Nr rzeczoznawcy Podpis rzeczoznawcy

przez:
Nr rzeczoznawcy Podpis rzeczoznawcy

przez:
Nr rzeczoznawcy Podpis rzeczoznawcy

Niniejszym uznaję wyniki oględzin dla w/w pozycji.

Niniejszym uznaję wyniki oględzin dla w/w pozycji.

Podpis ubezpieczonego/poszkodowanego

Podpis ubezpieczonego/poszkodowanego

Ogłędziny końcowe

Niniejszym uznaję wyniki oględzin powtórnych

Data Miejscowość

Nr rzeczoznawcy Podpis rzeczoznawcy

Podpis ubezpieczonego/poszkodowanego

Nr rzeczoznawcy Podpis rzeczoznawcy

Odszkodowanie proszę przekazać (zakreślić):

przekazem pocztowym gotówką lub czekiem

przelewem na konto: nazwa banku
nr rachunku

Data Nr rzeczoznawcy Podpis Ubezpieczonego/poszkodowanego



CONCORDIA POLSKA
Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych

WNIOSEK O UBEZPIECZENIE UPRAW

Centrala
ul. Św. Michała 43
61-119 Poznań
Tel.: 061 85 84 800
Fax: 061 85 84 801/807
office@grupaconcordia.pl

Oddziały:

Bydgoszcz
ul. Chodkiewicza 89/91,
85-950 Bydgoszcz
Tel.: 052 32 35 222
Fax: 052 32 35 277
bydgoszcz@grupaconcordia.pl

Gdańsk
ul. Szymanowskiego 2
80-280 Gdańsk
Tel.: 058 521 90 20
Fax: 058 521 90 22
gdansk@grupaconcordia.pl

Katowice
ul. Mickiewicza 29
40-923 Katowice
Tel.: 032 20 72 289
Fax: 032 25 14 870
katowice@grupaconcordia.pl

Lublin
ul. Wojciechowskiego 7F,
20-704 Lublin
Tel.: 081 533 03 55
Fax: 081 53 40 593
lublin@grupaconcordia.pl

Olsztyn
ul. Piłsudskiego 32,
10-578 Olsztyn
Tel.: 089 521 86 87
Fax: 089 523 72 94
olsztyn@grupaconcordia.pl

Poznań
ul. Św. Michała 43,
61-119 Poznań
Tel.: 061 85 84 859
Fax: 061 85 84 804
poznan@grupaconcordia.pl

Szczecin
ul. Madalińskiego 8
70-101 Szczecin
Tel.: 091 48 56 956
Fax: 091 48 48 676
szczecin@grupaconcordia.pl

Warszawa
ul. Buska 14
02-924 Warszawa
Tel./Fax 022 84 27 141
bhwarzawa@grupaconcordia.pl

Wrocław
ul. Sycowska 46
51-319 Wrocław
Tel.: 071 35 90 114
Fax 071 35 95 604
wroclaw@grupaconcordia.pl



Jednostka Nr pośrednika Współakwizycja %
Segment klienta (P) (F) (B)
UBEZPIECZAJĄCY: imię i nazwisko (nazwa)
UBEZPIECZONY: imię i nazwisko (nazwa)
PESEL/REGON* ulica, nr domu (mieszkania)
miejsowość
kod pocztowy poczta
telefon / e-mail / faks

OKRES TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA: 5 LAT 1 ROK _ LATA OD rok miesiąc dzień

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. posiadam umowę/y ubezpieczenia upraw zawartą/e w innym zakładzie ubezpieczeń:

Table with 5 columns: nazwa zakładu ubez., rodzaj ryzyka, rodzaj uprawy, ubezpieczony areal w ha, suma ubezpieczenia w zł

2. w ostatnich 3 latach przed złożeniem wniosku uprawy zostały uszkodzone wskutek działania ryzyk objętych OWU upraw lub z innych przyczyn:

Table with 5 columns: data zdarzenia, przyczyna szkody, uszkodzony rodzaj uprawy, uszkodzony areal w ha, wartość szkody w zł

3. do ubezpieczenia upraw od wymienionych w niniejszym wniosku ryzyk, podałem(am) cały areal danego rodzaju roślin uprawnych w gospodarstwie: TAK / NIE*

4. posiadam ubezpieczenie w CONCORDIA POLSKA TUW (zakreślić): () budynków w gospodarstwie rolnym, () agro-casco, () upraw (niedotowane), () odpowiedzialności cywilnej, () zwierząt (niedotowane), () inne; jakie?:

5. powyższe dane podałem(am) zgodnie z prawdą i według mojej wiedzy. Przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych lub niepełnych informacji może spowodować konsekwencje finansowe i prawne, wynikające z kodeksu cywilnego oraz ogólnych warunków ubezpieczeń i taryf składek obowiązujących u ubezpieczyciela. Umowa ubezpieczenia zawarta zostanie na podstawie obowiązujących w dniu zawarcia umowy w CONCORDIA POLSKA TUW Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Upraw.

Nieopłacenie w terminie składki lub raty składki spowoduje konsekwencje przewidziane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Upraw. Składając podpis pod wnioskiem o ubezpieczenie Ubezpieczający oświadcza, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia zostało mu okazane pełnomocnictwo osoby działającej w imieniu CONCORDIA POLSKA TUW do zawarcia umowy ubezpieczenia oraz że zapoznał się z jego treścią, a także potwierdza fakt otrzymania i zapoznania się przed zawarciem umowy ubezpieczenia z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Upraw, na podstawie których zawarta zostanie umowa.

Ubezpieczający oświadcza również, iż wszystkie podane przez niego dane są zgodne z prawdą i z jego najlepszą wiedzą oraz że jest świadom skutków złożenia nieprawdziwych oświadczeń, przewidzianych w przepisach prawa bądź Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Upraw.

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U. 2002, nr 101. poz. 926 z późn. zm.) Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Poznaniu przy ul. Św. Michała 43 informuje, że jest administratorem Pana(-i) danych osobowych, podanych przez Pana(-nią) na podstawie art. 815 k.c. Dane te przetwarzane będą przez Towarzystwo jako Ubezpieczyciela, w celu prawidłowej realizacji umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego produktów (usług). Pana(-i) dane mogą zostać udostępnione innym zakładom ubezpieczeń, prowadzącym działalność w zakresie reasekuracji czynnej, w celach związanych z reasekuracją ryzyka. Podanie przez Pana(-nią) danych jest niezbędne w celu zawarcia oraz prawidłowej realizacji umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez Concordia Polska TUW oraz Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital S.A. z siedzibą w Poznaniu przy ul. Św. Michała 43.

Dane przetwarzane będą dla celów marketingowych. Wyrażenie powyższej zgody nie jest obowiązkowe. () Nie wyrażam zgody

Jednocześnie informujemy, że posiada Pan(-i) prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

RODZAJ UPRAWY WOJEWÓDZTWO POWIAT GMINA Składkę opłaceć: 1. rata...% do...r. 2. rata...% do...r. 3. rata...% do...r. 4. rata...% do...r.

Przyznane zniżki wg taryfy składek (symbol zniżki): K1 K2 K3 K4 K5 inne w % ... W1 W22 W23 W24 W25 W3 W4

Main table with 11 columns: 1 Lp., 2 Nazwa pola, 3 Gatunek uprawy, 4 Klucz roślin, 5 Powierzchnia w ha, 6 Przewid. wydajność dt/ha, 7 Przewid. cena w zł/dt, 8 Przewid. obsada w szt./m², 9 Ilość liści, 10 Suma ubezpieczenia w zł (5x6x7), OW (Ubytki liścia, Złomy, Uszkodzenie klasa), 11 Uszkodzone ha, 12 OK%

Uwaga! Kolumnę 8 i 9 wypełnić w ubezpieczeniu upraw od skutków z jego przezimowania.

RODZAJ UPRAWY WOJEWÓDZTWO POWIAT GMINA Składkę opłaceć: 1. rata...% do...r. 2. rata...% do...r. 3. rata...% do...r. 4. rata...% do...r.

Przyznane zniżki wg taryfy składek (symbol zniżki): K1 K2 K3 K4 K5 inne w % ... W1 W22 W23 W24 W25 W3 W4

Main table with 11 columns: 1 Lp., 2 Nazwa pola, 3 Gatunek uprawy, 4 Klucz roślin, 5 Powierzchnia w ha, 6 Przewid. wydajność dt/ha, 7 Przewid. cena w zł/dt, 8 Przewid. obsada w szt./m², 9 Ilość liści, 10 Suma ubezpieczenia w zł (5x6x7), OW (Ubytki liścia, Złomy, Uszkodzenie klasa), 11 Uszkodzone ha, 12 OK%

Uwaga! Kolumnę 8 i 9 wypełnić w ubezpieczeniu upraw od skutków z jego przezimowania.

Uwagi do wniosku, załączniki (podać do jakich upraw):

miejsowość data Podpis Ubezpieczającego Pieczęć i podpis przedstawiciela CONCORDIA POLSKA TUW