



ЗАЯВЛЕНИЕ

за сключване на застраховка ПРОФЕСИОНАЛНА ОТГОВОРНОСТ в проектирането и строителството по чл. 171 от ЗУТ



С това предложение-въпросник ние, „Алиант Застрахователен Брокер“ ЕООД, целим да получим необходимата информация за индивидуална потребност от застрахователна защита, от която се нуждае ползвателят на застрахователни услуги. Въз основа на тази информация, ние ще Ви предложим условия за застраховка „Професионална отговорност“ по чл. 171 от ЗУТ на избрани застрахователни компании, с които партнираме въз основа на сключени договори за застрахователно посредничество. **Моля, отговорете точно и изчерпателно на въпросите с „х“ и/или текст в празното поле.**

КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

Имена / Наименование:	ЕИК / ЕГН:		
Адрес:			
Ел.поща (e-mail):	Мобилен тел.:	Телефон:	
Вид правоспособност:	☐ ОПП ☐ ППП	Лиценз №	КИИП рег. №

ЗАСТРАХОВАЩО ЛИЦЕ ☐ същото като Кандидата за застраховане

Имена / Наименование:	ЕИК / ЕГН:		
Адрес:			
Лице за контакт:	Длъжност:		Телефон:
Ел.поща (e-mail):	Мобилен тел.:	Телефон:	

ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

(изберете какво покритие желаете да осигурява застраховката, отбелязвайки вида на дейността и желания лимит на отговорност)

Посочете вида на упражнявана дейност:	☐ проектант	☐ строителен надзор	☐ технически контрол и оценка за съответствие	
*всяка упражнявана дейност е обект на индивидуално покритие				
Изберете най-висока категория строежи, за които е необходимо покритие за срока на застраховката и/или за ретроактивния период:				
☐ I категория	☐ II категория	☐ III категория	☐ IV категория	☐ V категория
150,000 BGN за събитие	100,000 BGN за събитие	50,000 BGN за събитие	25,000 BGN за събитие	25,000 BGN за събитие
300,000 BGN в arperat	200,000 BGN в arperat	100,000 BGN в arperat	50,000 BGN в arperat	50,000 BGN в arperat

Самоучастие:	☒ без самоучастие
Период на застрахователно покритие:	☐ 1 година ☐ 5 години - прекратяване на дейност (чл. 172, ал. 5 ЗУТ)
Период на застрахователно покритие:	от дата: до дата:
Териториална валидност:	☐ България ☐ Европейски съюз
Период на ретроактивно покритие	☒ датата на започване на дейност, но не повече от 5 години (чл. 172, ал. 2 от ЗУТ)
Начин на плащане на застрахователната премия:	☒ еднократно ☐ в брой ☐ по банков път

ДАННИ ЗА ОЦЕНКА НА РИСКА

(при отговор Да на който и да е въпрос, моля посочете подробности на отделна страница)

Имате ли валидна застраховка на професионалната си отговорност? ☐ не ☐ да, при застраховател:

Предявявани ли са срещу Вас искове за обезщетения, свързани с упражняваната дейност? ☐ не ☐ да

Има ли настъпили събития, които могат да доведат до предявяване на претенции или съдебни искове към Вас във връзка с упражняваната от Вас дейността? ☐ не ☐ да

Има ли присъдени срещу Вас наказателни постановления, глоби, актове или други за нарушаване на нормативни актове? ☐ не ☐ да

Отказвано ли Ви е оправомощаване или продължаване на оправомощаването от съответните органи към МРРБ, ДНСК или съответната браншова организация? ☐ не ☐ да

Декларация на кандидата за застраховане:

С подписа си върху това заявление Вие декларирате:

- че Ви е предоставена информацията, предназначена за ползвателя на застрахователната услуга, съгласно чл.325 от Кодекса за застраховането.
- че сте получили/а цялата необходима предварителна индивидуализираща информация за застрахователния брокер - наименование, правно организационна форма, държава по седалище, седалище и адрес на управление, вид и естество на възнаграждението по застраховката, ред за подаване на жалби и форми за извънсъдебно уреждане на спорове, както и че застрахователният брокер не предоставя съвет относно разпространяваните от него застрахователни продукти, освен в случай на изрично поискване за същото;
- че информацията, посочена в това предложение е напълно вярна и точна, съгласен сте да послужи като база за сключване на застрахователен договор между Вас и избраната от Вас застрахователна компания и това предложение да бъде неразделна част от договора;
- че ще уведомявам незабавно писмено Застрахователя за всички промени на обстоятелствата, имащи отношение към сключването на застраховката.

Вие, в качеството Ви на кандидат за застраховане, декларирате, че ☒ сте получили/а / ☐ не сте получили/а информацията по чл. 13 от Общия регламент за защита на данните (ЕС) 2016/679.

Вие, в качеството Ви на кандидат за застраховане, ☒ сте съгласен/на / ☐ не сте съгласен/на ние да обработваме личните Ви данни за маркетингови и промоционални цели във връзка с предоставяните от нас застрахователни услуги. Можете да оттеглите своето съгласие по всяко време, като изпратите нарочно електронно съобщение в тази насока до следния e-mail адрес: DPO@Alliant.BG

Възлагателно писмо за застрахователно посредничество на основание чл. 301, ал. 2 от Кодекса на застраховането

С подписа си върху настоящото, възлагам на Алиант Застрахователен Брокер ЕООД, със седалище и адрес на управление: гр. София, бул. „Княз Александър Дондуков-Корсаков“ 88, вписано в търговския регистър към Агенцията за вписванията с ЕИК 204744404, притежаващо удостоверение 802-3Б/ 31.01.2022 на Комисията за финансов надзор, да ми посредничи за сключването на застрахователен/ни договор/и за застраховане на застрахователния ми интерес.



гр. София
Дата:



Кандидат за застраховане: _____



Всички членове на КИИП, сключили своята застраховка „Професионална отговорност“ по чл. 171 от ЗУТ чрез Алиант Застрахователен Брокер ЕООД ползват **преференциални условия** по застраховки: „Професионална отговорност“ по чл. 173 от ЗУТ, Гаранции по договор, вкл. Гаранции за изпълнение, авансово плащане и гаранционен период, Застраховка на вземания от контрагенти и Злополука, вкл. Трудова злополука и Злополука и заболяване.