

Wniosek o Ubezpieczenie ANTYKÓW i DZIEŁ SZTUKI w kolekcjach prywatnych oraz innych przedmiotów wartościowych

Prosimy odpowiedzieć na wszystkie pytania zgodnie z najlepszą Pani/Pana wiedzą i przekonaniem. Należy podać wszystkie znane sobie fakty materialne dotyczące ubezpieczenia, gdyż niedopełnienie tego może skutkować unieważnieniem wydanej polisy, lub certyfikatu ubezpieczenia. Jeśli Pani/Pan uważa, że odpowiedź na jakiegokolwiek pytanie wymaga wiedzy fachowej, której Pani/Pan może nie posiadać, prosimy o zaznaczenie tego w odpowiedzi.

Sekcja I: Dane Ubezpieczonego

a) Pełne Imię i Nazwisko _____ PESEL _____

b) Biznes lub zawód Ubezpieczonego _____

c) Adres zamieszkania (lokalizacja 1) _____

d) Telefon w pracy _____ Telefon w domu _____

e) E-mail _____ Fax _____

f) Adresy ubezpieczonych pomieszczeń (jeśli inne niż w pkt. c)

Lokalizacja 2

Lokalizacja 3

Sekcja II : Poprzednie ubezpieczenie:

a) Czy obecnie posiada Pani/Pan jakąś polisę ubezpieczenia dzieł sztuki? Jeśli tak prosimy podać nazwę ubezpieczyciela: _____

b) Czy Pani/Pan, lub ktokolwiek określony w tym Wniosku jako Ubezpieczony kiedykolwiek poniósł szkodę w przedmiocie antyków, dzieł sztuki lub biżuterii, niezależnie czy była ona objęta ubezpieczeniem?

TAK NIE , jeśli TAK prosimy podać:

(i) przybliżoną datę szkody:

(ii) okoliczności i wartość każdej szkody:

(iii) jeśli była ubezpieczona, czy wypłacono pełne odszkodowanie:

c) Czy Lloyd's lub inny ubezpieczyciel kiedykolwiek odmówił Pani/Panu, lub komukolwiek zamieszkałemu we wspólnym z Panią/Panem gospodarstwie domowym ubezpieczenia lub rozwiązał zawarte ubezpieczenie? TAK NIE , jeśli TAK prosimy podać szczegóły:

Sekcja III: Ubezpieczone pomieszczenia (wypełnić dla każdej lokalizacji, patrz Sekcja I, pkt. c, f)

a) Adres lokalizacji: _____

b) Czy budynek jest z cegły, kamienia lub betonu z dachem pokrytym dachówką lub blachą?

TAK NIE Jeśli NIE, podać rodzaj konstrukcji i stopień ognioodporności

c) Czy ubezpieczone pomieszczenie jest lokalem mieszkalnym? TAK NIE Jeśli tak, czy jest to mieszkanie samodzielne TAK NIE

Na którym piętrze budynku znajduje się ubezpieczone pomieszczenie? _____

d) Czy Pomieszczenie będzie regularnie pozostawiane w nocy bez dozoru (tj jeden lub kilka kolejnych dni w tygodniu)? TAK NIE Jeśli TAK, prosimy o szczegóły:

e) Czy w Pomieszczeniu jest system alarmowy włamaniowy i p. pożarowy.? TAK NIE

Jeśli tak, jakiej marki, rok założenia ? _____

f) Czy system jest połączony ze Stacją Monitoringu ? TAK NIE

g) Czy jest w Pomieszczeniu guzik antynapadowy? TAK NIE

i) Prosimy podać informację odnośnie dodatkowych zabezpieczeń : np. dozór nocny, sejf, kraty w oknach/drzwiach itp.

j) Czy ubezpieczone obiekty są zarejestrowane Rejestrze Sztuki Zaginionej, lub podobnym rejestrze?

TAK NIE

Jeśli TAK, prosimy o szczegóły _____

k) Czy zatrudnia Pani/Pan w domu służbę lub pracowników TAK NIE Jeśli TAK, ilu _____

OBIEKTY DO UBEZPIECZENIA w tym Pomieszczeniu

Prosimy podać listę obiektów określając oddzielnie sumę (w PLN), na którą Pani/Pan chciałby je ubezpieczyć. Jeśli potrzeba więcej miejsca prosimy użyć dodatkowej kartki papieru.

a)	Obrazy, malowidła, szkice, grafiki itp., posągi i rzeźby o naturze nie kruchej, wyroby z metali nieszlachetnych lub drewna	
b)	Obiekty antykwaryczne i bibliofilskie	
c)	Porcelana, ceramika wyroby z marmuru,	
d)	Szkło, wyroby z jadeitu i inne obiekty kruchej natury	

e)	Zabytkowe meble	
f)	Zabytkowe dywany i kilimy	
g)	Zegary, zegarki, barometry, inne obiekty sztuki mechanicznej	
h)	Wyroby ze złota srebra, plateru i innych metali szlachetnych	
i)	Biżuteria	
j)	Futra	
k)	Instrumenty muzyczne	
l)	Aparaty fotograficzne i sprzęt optyczny	
m)	Inne przedmioty wartościowe (prosimy wymienić z określeniem wartości)	
n)	Czy potrzebuje Pani/Pan ubezpieczenia na przewóz lub przesyłkę obiektów wymienionych w pkt. a - j, lub ubezpieczenia poza granicami Polski? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Jeśli TAK, prosimy o szczegóły	

Uwaga. Ten Wniosek dotyczy polisy z wartością uzgodnioną, to znaczy, że Ubezpieczyciel w żadnym wypadku nie będzie odpowiadał za szkody lub uszkodzenia o wartości przekraczającej limit określony w Części Szczegółowej Polisy, ustalony w oparciu o informacje przedstawione przez Ubezpieczonego w Niniejszym Wniosku.

Od jakiej daty życzy sobie Pani/Pan początek ubezpieczenia? _____

Jeśli życzy sobie Pani/Pan ubezpieczenia na okres inny niż 12 miesięcy prosimy podać _____

Czy są jeszcze inne fakty, które wg Pani/Pana mogą dotyczyć Tego Ubezpieczenia? TAK NIE
 Jeśli TAK, prosimy opisać poniżej:

Dziękujemy za wypełnienie Wniosku. Prosimy podpisać Oświadczenie na str. 4 i wstawić datę.



OŚWIADCZENIE

Oświadczam niniejszym, że wszystkie powyższe odpowiedzi i dane są prawdziwe i żadne fakty nie zostały zatajone lub przeinaczone.

Przyjmuję do wiadomości, że nie ujawnienie lub podanie fałszywych faktów może upoważnić Ubezpieczycieli do unieważnienia Umowy Ubezpieczenia.

Rozumiem, że wypełnienie i podpisanie Niniejszego Wniosku nie zobowiązuje mnie i Ubezpieczyciela do zawarcia ubezpieczenia, jednakże zgadzam się, że w przypadku zawarcia ubezpieczenia ten Wniosek i wszystkie zawarte w nim oświadczenia będą stanowiły podstawę Umowy Ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, których administratorem jest MGZ Gama sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie ul. Złota 63a m 6, wyłącznie dla celów ubezpieczeniowych. MGZ Gama, jako administrator informuje Panią/Pana o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych, przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych.

IMIĘ i NAZWISKO (czytelnie)

Podpis Wnioskodawcy

DATA
