KWESTIONARIUSZ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA ŚRODOWISKOWEGO ENVIRONMENTAL PROTECT

## Tam gdzie jest to niezbędne, prosimy dołączyć oddzielny arkusz w celu podania wszystkich szczegółów.

Data wypełnienia kwestionariusza:

# I. DANE WNIOSKODAWCY

## 1. Ubezpieczający:

##

## 2. Adres głównej siedziby:

##

## 3. Adres strony internetowej:

##

# II. OBECNA UMOWA UBEZPIECZENIA

## 1. Numer Polisy:

##

## 2. Data końcowa okresu ubezpieczenia:

##

# III. OPIS DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZONEGO

## 1. Opis zmian w stosunku do dotychczasowej Ubezpieczonej Działalności lub zmian w ryzyku, o których Ubezpieczający posiada wiedzę. W przypadku braku zmian, prosimy o potwierdzenie:

##

BRAK ZMIAN [ ]

## 2. Przychody roczne

## a) Rok poprzedni:       b) Planowane w roku obecnym:

# IV. UBEZPIECZONE LOKALIZACJE

## 1. Prosimy o wskazanie wszystkich miejsc prowadzonej działalności, które należy objąć ubezpieczeniem lub potwierdzenie w polu nad tabelą, że wykaz miejsc z obecnej polisy jest aktualny, a sposób ich użytkowania nie uległ zmianie.

Wykaz miejsc prowadzonej działalności wskazany w obecnej polisie jest aktualny, a sposób ich użytkowania nie uległ zmianie:

[ ]  TAK [ ]  NIE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Adres** | **Nowa lokalizacja w polisie TAK (T) /NIE (N)** | **Sposób użytkowania (np. zakład produkcyjny, magazyn, składowisko odpadów, biuro, etc)** | **Od kiedy lokalizacja jest użytkowana?** | **Czy dostępne są raporty środowiskowe dla danej lokalizacji? (Np. raport początkowy)** |
| 1 |       |       |       |       |       |
| 2 |       |       |       |       |       |
| 3 |       |       |       |       |       |
| 4 |       |       |       |       |       |
| 5 |       |       |       |       |       |
| 6 |       |       |       |       |       |
| 7 |       |       |       |       |       |
| 8 |       |       |       |       |       |
| 9 |       |       |       |       |       |
| 10 |       |       |       |       |       |
|              |

## 2. Czy wśród nowo zgłaszanych lokalizacji znajduje się składowisko odpadów? [ ]  TAK [ ]  NIE [ ]  NIE DOTYCZY

##

## 3. Czy planowane jest przeprowadzenie prac związanych z ulepszeniem stanu lokalizacji lub zmianą profilu działalności w którejś z ubezpieczonych lokalizacji w trakcie okresu ubezpieczenia? Prosimy o opis. [ ]  TAK [ ]  NIE

##

## 4. Czy zakresem ubezpieczenia mają być objęte naziemne lub podziemne zbiorniki magazynowe? Jeśli tak prosimy o ich dokładny wykaz: 1) nr fabryczny, 2) rok instalacji, 3) pojemność, 4) magazynowana substancja, 5) czy naziemny/ podziemny, 6) opis zabezpieczenia przed wyciekaniem.

## [ ]  NIE [ ]  TAK, wykaz zbiorników:

##

Jeśli wykaz zbiorników nie ulega zmianie w stosunku do roku poprzedniego prosimy o zaznaczenie: BRAK ZMIAN [ ]

# V. TRANSPORT MATERIAŁÓW

1. Prosimy o wskazanie ilości środków transportu wykorzystywanych przez Ubezpieczonego z podziałem na pojazdy własne oraz osób trzecich.

|  |  |
| --- | --- |
| Pojazdy własne |        |
| Pojazdy osób trzecich |        |

## 2. Zakres terytorialny transportu:

## 3. Jakie substancje i materiały są transportowane przez Ubezpieczonego?

##

# VI. SZKODOWOŚĆ

## 1. Czy w ciągu obecnego okresu ubezpieczenia miały miejsce wycieki substancji niebezpiecznych, lub akty skażenia środowiska na terenie ubezpieczonych lokalizacji? Jeśli tak, prosimy o opis zdarzenia.

## [ ]  TAK [ ]  NIE

##

## 2. Czy w ciągu obecnego okresu ubezpieczenia firma wskazana w polisie jako Ubezpieczony otrzymała jakiekolwiek powiadomienie o naruszeniu prawa, lub została nałożona na nią jakakolwiek kara wynikająca z aktu skażenia środowiska? Jeśli tak, prosimy o opis. [ ]  TAK [ ]  NIE

##

## 3. Czy w obecnego okresu ubezpieczenia firma wskazana w polisie jako Ubezpieczony poniosła jakiekolwiek koszty związane z naprawą szkód w środowisku lub związane ze szkodami, które powstały w wyniku emisji w ubezpieczonych lokalizacjach? Prosimy o opis zdarzenia.

## [ ]  TAK [ ]  NIE

##

## 4. Czy znane są Państwu okoliczności, które mogłyby przyczynić się do powstania szkody/ roszczenia w wyniku Emisji, co wiązałoby się z koniecznością poniesienia kosztów czyszczenia lub naprawy szkód rzeczowych i osobowych? Jeśli tak, prosimy o opis.

## [ ]  TAK [ ]  NIE

##

# VII. WNIOSKOWANE ZMIANY W ZAKRESIE UBEZPIECZENIA

## 1. Prosimy o podanie wszelkich postulatów o zmianę zakresu ubezpieczenia w stosunku do obecnej umowy:

##

Podpisanie niniejszego kwestionariusza nie zobowiązuje Wnioskodawcy lub Ubezpieczyciela do sfinalizowania ubezpieczenia, ale uzgodniono, że ten kwestionariusz będzie podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia, jeśli polisa zostanie wystawiona i zostanie on do niej dołączony jako integralna część polisy.

Niżej podpisany upoważniony przedstawiciel Wnioskodawcy oświadcza, że zawarte w niniejszym dokumencie dane są prawdziwe.

Niżej podpisany zgadza się, iż, jeśli informacje zawarte w tym kwestionariuszu ulegną zmianie w czasie od daty podpisania kwestionariusza do rozpoczęcia biegu polisy ubezpieczeniowej, niżej podpisany natychmiast powiadomi Ubezpieczyciela o zaistniałych zmianach, tak aby w dniu rozpoczęcia biegu polisy informacje były pełne i dokładne. W związku z tym Ubezpieczyciel może wycofać się lub zmienić kwotację i/lub autoryzacje lub umowy wiążące Ubezpieczyciela.

Wszystkie podpisane oświadczenia i materiały dostarczone Ubezpieczycielowi w związku z tym kwestionariuszem są niniejszym włączone do kwestionariusza jako referencje niniejszego kwestionariusza i stają się jego częścią.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 miejscowość i data podpis wnioskodawcy

*(podpisane przez osobę uprawnioną do zaciągania w imieniu Ubezpieczonego zobowiązań finansowych)*