Biuro Ubezpieczeń Allianz
Robert Pieciukiewicz
pl. Stefana Batorego 5
70-207 Szczecin
tel. 91 422 03 77 lub tel. 531-333-633
e-mail: sekretariat@allianz.szczecin.pl

UBEZPIECZENIE OC ZAWODOWE Z OCHRONĄ PRAWNĄ DLA PRACOWNIKÓW POLICJI woj. zachodniopomorskiego

Rodzaj świadczenia	Suma Ubezpieczenia
Uszkodzenie, zniszczenie lub utrata mienia powierzonego	**do 12 000,00 zł***
Szkody osobowe i rzeczowe wyrządzone osobom trzecim	
Koszty ochrony prawnej w postępowaniu cywilnym	**do 30 000,00 zł**
Czyste straty finansowe (wydane decyzje administracyjne) pkt 3	**5 000,00 zł****
Czyste straty finansowe (obsługa kadrowo-płacowa) pkt 4	**2 500,00 zł****
SKŁADKA miesięczna	**9,00 zł**

* zgodnie z umową i przepisami

** dla jednej i wszystkich szkód z wypadków ubezpieczeniowych w okresie ubezpieczenia w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego dla zakresu ubezpieczenia określonego pkt 3 podlimit 5.000,- zł i pkt 4 podlimit 2.500,- zł w roku polisowym

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje **odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody** rzeczowe wyrządzone **w mieniu powierzonym** Ubezpieczonemu przez pracodawcę z obowiązkiem zwrotu lub wyliczenia się w rozumieniu mających zastosowanie do danej kategorii pracowników przepisów prawa.
2. Ponadto Allianz udziela **ochrony ubezpieczeniowej** Ubezpieczonym w zakresie odpowiedzialności pracowniczej **za szkody rzeczowe i osobowe wyrządzone osobom trzecim** przy wykonywaniu powierzonych Ubezpieczonym obowiązków służbowych.
3. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest również **odpowiedzialność pracownicza** Ubezpieczonego za czyste **szkody majątkowe** wyrządzone osobom trzecim **wskutek wydania** przez Ubezpieczonego **decyzji administracyjnej.**
4. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również **odpowiedzialność pracowniczą** Ubezpieczonego za czyste **szkody majątkowe** wyrządzone osobom trzecim **wskutek wydania** przez Ubezpieczonego **decyzji w zakresie** innym niż wymieniony w ust. 3, w tym w **ramach obsługi kadrowo-płacowej**, pozostających w sferze wykonywanych czynności służbowych.
5. **Allianz pokrywa** niezbędne i celowe **koszty ochrony prawnej** poniesione przez **Ubezpieczonego** w celu obrony swoich praw w zakresie przewidzianym w obowiązujących przepisach w postępowaniu cywilnym przed sądami polskimi, prowadzonym z udziałem Ubezpieczonego w charakterze pozwanego;

w szczególności ochroną ubezpieczeniową są objęte niezbędne i celowe koszty:

- usług adwokata lub radcy prawnego,
- związane z uzyskaniem opinii biegłych, lub rzeczoznawców, oraz innych dokumentów stanowiących środki dowodowe,
- koszty i opłaty sądowe lub administracyjne, o ile służą one ochronie praw Ubezpieczonego w związku z prowadzonym postępowaniem.

Uwaga

Zawsze prosimy kontaktować się z naszym biurem pod numerami telefonów 91 422 03 77 lub 531 333 633, lub osobiście (adres powyżej)

Ochrona prawna będzie wykonywana przez Kancelarię Coris Lex Services sp. z o. o., ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa, tel. 22 568 98 98, lex@coris.pl

Oferta z dnia 01.10.2021 r.

Imię														
Nazwisko														

dn. …….....

……..
/ adres /

……..
/ PESEL /

……..
/telefon/

…….
/adres e-mail/

……..
/ jednostka – wydział /

DEKLARACJA
Przystąpienia do Funduszu Ochrony Prawnej i OC zawodowego
Pracowników Policji
woj. zachodniopomorskiego

W oparciu o Umowę Przystąpienia do Funduszu Ochrony Prawnej i OC zawodowego Pracowników Cywilnych Policji, z ochroną od dnia ……..…. r. deklaruję przynależność do Funduszu Ochrony Prawnej i OC zawodowego Pracowników Policji, gdzie Ubezpieczającym jest Zarząd Wojewódzki NSZZ Policjantów woj. zachodniopomorskiego

Ochrona prawna zgodnie z umową udzielana jest przez wskazaną przez Biuro Allianz Kancelarię Adwokacką. W innym przypadku obowiązuje § 3 pkt. 6 umowy.

Udzielam Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich oświadczeń woli, wcześniej ze mną uzgodnionych, koniecznych do zmiany, w tym także sumy ubezpieczenia zawartej na moją rzecz umowy ubezpieczenia OC zawodowego, do której niniejszym przystępuję. Pełnomocnictwo to obejmuje również umocowanie do wyrażania zgody w moim imieniu na przedłużenie, w tym również na zmienionych warunkach, umowy ubezpieczenia na kolejne okresy roczne w formie i na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

……..…….
/ data i podpis /

Oświadczenie

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie. Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową i podpisaniem niniejszej deklaracji otrzymałem/łam warunki umowy ubezpieczenia.

Upoważniam Pracodawcę do potrącenia składki ubezpieczeniowej w wysokości **9,00 zł miesięcznie** za ubezpieczenie OC zawodowe z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa, lub innych wpłat.

……..…….
/ data i podpis /