



903006205149

ORYGINAŁ ✓

Polisa Pozostała

Okres ubezpieczenia od 2013-11-14 13:00 do 2014-11-13 24:00		Numer pakietu/umowy generacji	
		Segment	Pakiet
		B	0
		PKD / 2007	Underwriter
		49.41.Z	

I. Dane Ubezpieczonego

Dane ubezpieczającego

KONSULTING MICHAŁ KORCZAK  UI. SPOKOJNA 5 66-002, STARY KISIELIN, NOWY KISIELIN NIP: 9730571760 REGON: 970728756	KONSULTING MICHAŁ KORCZAK  UI. SPOKOJNA 5 66-002, STARY KISIELIN, NOWY KISIELIN NIP: 9730571760 REGON: 970728756
--	--

II. Warunki ubezpieczenia

Lp.	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	Symbol	Suma ubezpieczenia zł	Składka zł
1	OC przewoźnika drogowego w ruchu międzynarodowym - bez pozycji taryfy Zakres ubezpieczenia rozszerza się o Klauzule: - 02A (włączenie OCPD za przewóz AGD) [J02-02] Franszyza redukcyjna 400 EUR - 07 (włączenie OCPD za przewóz do krajów zwiększonego ryzyka: Albania, Białoruś, Bośnia i Hercegowina, Bułgaria, Hiszpania, Rosja, Rumunia, Turcja, Ukraina, Wielka Brytania, Włochy) [J02-07] Franszyza redukcyjna 500 EUR - 08A (włączenie OCPD za zleczone czynności załadunkowe i/lub rozładunkowe) [J02-08] Franszyza redukcyjna 400 EUR Zastrzeżenia: Sublimit Sumy Gwarancyjnej - 50%/każde zdarzenie - 08B (włączenie OCPD za szkody w towarze, wynikające z czynności zabezpieczenia towaru) [J02-08] Franszyza redukcyjna 500 EUR - 11 (włączenie OCPD za przewóz opon i części samochodowych) [J02-11] Franszyza redukcyjna 400 EUR	J02-00	100 000,00 EUR	1 389,00

Słownie : jeden tysiąc trzysta osiemdziesiąt dziewięć złotych

Składka razem

1 389,00

III. Informacja o ubezpieczeniu

Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia o symbolach: AB-OCPDM-01/12 z zastosowaniem postanowień dodatkowych określonych poniżej:

zgoda nr AO/03/47/11/2013

IV. Forma i warunki płatności składki ubezpieczeniowej w przypadku płatności odroczonej

Płatna ratalnie, przelewem. Kwoty i terminy płatności: 348,00 zł do 2013-11-21, 347,00 zł do 2014-02-11, 347,00 zł do 2014-05-12, 347,00 zł do 2014-08-10 Rach. bankowy: STU Ergo Hestia S.A., 81-731 Sopot, ul. Hestii 1, Bank Pekao S.A., 50 1240 6960 6013 9030 0620 5149	Wpłata na Indywidualne Konta Polisy w Banku Pekao S.A.  <b>50 1240 6960 6013 9030 0620 5149</b>
---	---

Potwierdza się dokonanie wpłaty w kwocie 0,00 zł (słownie : 00/100)

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.09.1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. jedn. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zmianami), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że:

- jest administratorem Państwa danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 615 k.c., które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług);
- służy Państwu prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawne usprawiedliwione lub statutowe Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie albo osób trzecich, którym się przekazywane te dane - wymaga uzyskania Państwa uprzedniej zgody;

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam, że zostałem mi okazane i zapoznałem się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia umowy ubezpieczenia w imieniu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA oraz potwierdzam, że przed zawarciem umowy otrzymałem tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wraz z klauzulami dodatkowymi, na podstawie których umowę zawarto oraz zapoznałem się z nimi i zaakceptowałem ich treść.

Oświadczam, że wyrażam zgodę by moje dane osobowe, przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, mogły być udostępnione Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na tydzień Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie oraz podmiotom wymienionym na stronie internetowej pod adresem: www.ergohestia.pl do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego ich własnych produktów (usług).\*

\*Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku braku zgody Ubezpieczającego na treść powyższej klauzuli, prosimy o jej wykreślenie w całości.

Umowę ubezpieczenia zawarto w

ZIELONA GÓRA

dnia: 2013-11-14

Podpis Ubezpieczającego

Podpis Ubezpieczyciela  
**MAREK JONAS**  
65-001 Zielona Góra, ul. B. Chrobrego 59/4  
tel. 68 454 70 57 kom. 603 930 925  
Telefoniczne centrum obsługi klienta  
Hestia Kontakt 0 801 107 107\*  
lub 058 555 5 555

Wydrukowano programem:  
iPegaz  
2.80.1 2013-10-15 05:07



EHM01010600031202