

**Polisa nr 903013523519 ORYGINAŁ**Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 903013181939.  
Segment: BOkres ubezpieczenia od **2020-10-27 00:00** do **2021-10-26 24:00**

Ubezpieczający/Ubezpieczony

nazwa  
dane kontaktowe**ORGANIZATOR SYSTEMÓW TRANSPORTOWYCH PAWEŁ DĄBROWSKI, NIP: 7411702210, REGON: 510641218**  
14-100 OSTRÓDA, UL. SZMARAGDOWA 17, TEL. 883 260 044

Rodzaj prowadzonej działalności (PKD 2007)

Lp.	Symbol	Opis	PKD główne
1	49.41.Z	Transport drogowy towarów	Tak

Produkt ubezpieczeniowy

Lp.	Symbol	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	Waluta	Składka [PLN]
1	J03-02	OC spedytora - Przewóz AGD/RTV/KOMP	300 000,00	USD	1 420,00
<b>RAZEM DO ZAPŁATY</b>					<b>1 420,00</b>

Klauzule dodatkowe

Polisę sporządzono na podstawie wniosku z dnia 15.10.2020 r. Franszyzy zgodnie z OWU. \* ROZSZERZENIE 1 Spedycja do/ przez państwa, na terytorium których toczy się wojna, wojna domowa, rewolucja, rebelia, powstanie, zamieszki społeczne. Franszyza redukcyjna: 10% wysokości szkody, nie mniej niż 400 EUR  
niebezpiecznych Franszyza redukcyjna: 5% wysokości szkody, nie mniej niż 400 EUR \*\* ROZSZERZENIE 2 Spedycja materiałów  
Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia o symbolach: TM/OW023/1809.

Płatności

nr konta **44 1240 6960 6013 9030 1352 3519**  
terminy i kwoty płatności I rata 2020-10-29, 710,00 zł; II rata 2021-04-26, 710,00 zł  
Wybrany sposób płatności pierwszej raty składki: przelew.

Oświadczenie Ubezpieczającego

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej administratora, stanowiącej załącznik do polisy.  
Oświadczam, że zostało 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 udzieliłem powyższych informacji zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i Oświadczam, że znane są mi sankcje przewidziane w art. 815 § 3 Kodeksu Cywilnego za udzielenie Ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji istotnych dla oceny ryzyka.  
Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor:  
- zbadał i określił moje wymagania oraz potrzeby ubezpieczeniowe;  
- przekazał mi w zrozumiałej formie, jako ustandaryzowany dokument, wymagane ustawowo obiektywne informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym;  
- udostępnił mi dokument pełnomocnictwa udzielonego dystrybutorowi przez ubezpieczyciela oraz przekazał mi wymagane ustawowo informacje o dystrybutorze.

**POŚREDNICTWO UBEZPIECZENIOWE**  
Marcin Maj  
14-100 Ostróda, ul. Czarnieckiego 13/8  
tel. 89 676 34 83, 89 646 34 84  
podpis przedstawiciela:  
zezw. PUNU nr 154834/19/10m. 602 446 020  
NIP 7411255685, REGON 510962537

*Paweł Dąbrowski*  
.....  
podpis Ubezpieczającego

2020-10-15, ostróda  
.....  
data i miejsce zawarcia umowy ubezpieczenia