



903003073335
ORIGINAL

Polisa Pozostała

Blank space for stamp or signature.

Numer polisy/Umowy generacji

Segment	Faktor	PKD / 2007	Underwriter
A	0	49.41	00186

I. Dane Ubezpieczonego

Dane ubezpieczającego

ALEX Aleksandra Idczak

ALEX Aleksandra Idczak

Ul. Langego 14
 41-106, Siemianowice Śląskie

Ul. Langego 14
 41-106, Siemianowice Śląskie

II. Warunki ubezpieczenia

Lp.	Przedmiot / zakres ubezpieczenia	Symbol	Suma ubezpieczenia zł	Składka zł
1	Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej lub użytkowania mienia z włączeniem OC za produkt, klauzule dodatkowe: - 004 włączenie szkód wyrządzonych pracownikom osób objętych ubezpieczeniem (zarówno szkody na osobie jak i w mieniu pracowników) - 005A włączenie szkód w rzeczach znajdujących się w piecy, pod nadzorem lub kontrolą Ubezpieczającego - 007 włączenie szkód w rzeczach stanowiących przedmiot obróbki, naprawy lub innych czynności w ramach usług wykonywanych przez osoby objęte ubezpieczeniem. Sublimity: - dla klauzuli 004 - 250 000,-pln na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia - dla klauzuli 005A - 100 000,-pln na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia - dla klauzuli 007 - 900 000,-pln na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia Franszyza redukcyjna 1 000,-pln dla całego zakresu.	M04-31	1 100 000,00 PLN	3 100,00

Słownie: trzy tysiące zło złotych

Składka razem

3 100,00

III. Informacja o ubezpieczeniu

Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia o symbolach: OC0W004/10/10 z zastosowaniem postanowień dodatkowych określonych poniżej:

Blank space for additional information.

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

Płatna jednorazowo przelewem do dnia 2012-05-30

Wpłata na Wydziałowe Konto Polisy w Banku Pekao SA

54 1240 6960 6013 9030 0307 3335

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

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997: o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zmianami), Spółka/Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopotnie, przy ul. Hestii 1, informuje, że:

- jest administratorem Państwa danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 A.e., 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 prawnie uzasadnione lub statutowe Spółki/Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopotnie albo osób fizycznych, którym są przekazywane te dane - wymaga uzyskania Państwa uprzedniej zgody.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

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

Umowę ubezpieczenia zawarto w

Siemianowice Śląskie

PREZESER
 Podpis ubezpieczającego
 4...106...
 NIP 543 124 030
 22 2912 65-07 04.00

Podpis ubezpieczyciela
 z up. A. J. PIŁGAZ
 Tomasz Szczyrbak
 tel. 507 989 029

Wydrukowano programem: PIGAZ 2.2F 2912-65-07 04.00

Telefoniczne Centrum Obsługi Klientów
 Hestia Kontakt 0 801 107 107 *
 lub 058 555 5 555

* opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora



EHM01010600031202