

POLISA UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ OGÓLNEJ

Nr 1050941585



1	Okres ubezpieczenia: od 23.06.2020 r. do 22.06.2021 r.	
2	Ubezpieczający: MANFUL LOGISTICS NATALIA POCHWATKO Adres siedziby: JASNA 7D m. 13, 57-200 ZĄBKOWICE ŚLĄSKIE E-mail: szyneczka9@vp.pl	REGON: 386228244 Telefon: +48883938644
3	Ubezpieczony: MANFUL LOGISTICS NATALIA POCHWATKO Adres siedziby: JASNA 7D m. 13, 57-200 ZĄBKOWICE ŚLĄSKIE E-mail: szyneczka9@vp.pl	REGON: 386228244 Telefon: +48883938644

4	Zakres ubezpieczenia Odpowiedzialność cywilna w związku z posiadaniem mieniem lub prowadzoną działalnością. Ubezpieczona działalność wraz z PKD: • Działalność pozostałych agencji transportowych (52.29.C) Suma gwarancyjna Suma gwarancyjna na jeden wypadek ubezpieczeniowy i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe Franszyza redukcyjna: 5%, nie mniej niż 500 PLN Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia OC spedytora (klauzula nr 15)	800 000 PLN Podlimit 800 000 PLN
----------	---	---

5	Składka łączna: 3 454,40 PLN Kwota w PLN Termin płatności	Jednorazowo 3 454,40 29.06.2020
6	Numer rachunku bankowego do zapłaty składki 32 1240 6960 3014 0110 2974 3739 W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1050941585	

7	Warunki ubezpieczenia 1. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ogólnej, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/429/2016 z dnia 24 października 2016 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 24 października 2018 r. oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.	6 lipca 2018 r.
----------	--	-----------------

8	Oświadczenia 1. Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ogólnej, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/429/2016 z dnia 24 października 2016 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 24 października 2018 r. oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. 2. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego. 3. <input type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust.1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskową lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. 4. <input type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA, w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty. 5. <input type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR). 6. Oświadczam, że otrzymałem/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych. 7. <input type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS). 8. <input type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie. 9. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.	
----------	--	--

9	Postanowienia dodatkowe lub odmienne Postanowienia dodatkowe do umowy/ów ubezpieczenia stwierdzonych niniejszą Polisa 1. Do OWU mających zastosowanie do niniejszej umowy ubezpieczenia / umowy ubezpieczenia obowiązkowego wprowadza się postanowienie dodatkowe w brzmieniu: Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl. 2. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu OWU, które mają zastosowanie do tej umowy ubezpieczenia, na piśmie lub za zgodą Ubezpieczonego na innym trwałym nośniku. W przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone Ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową. Przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego. Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności.	
----------	--	--

DSP/P/1050941585/2309/pc:100000275295007/BE20

Potwierdzam dane kontaktowe

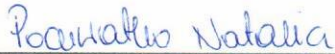
MANFUL LOGISTICS NATALIA POCHWATKO
E-mail: szynecka9@vp.pl
Telefon: +48883938644

Dodatkowych informacji udzieli:

"MULTIAGENCJA CONDITOR" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ul. LEGNICKA 1, 57-200 ZĄBKOWICE ŚLĄSKIE

Data zawarcia umowy: 22.06.2020 r.

Oświadczam, że niniejsza umowa ubezpieczenia spełnia moje wymagania i potrzeby przy uwzględnieniu wysokości składki jaką jestem skłonny/a zapłacić. Zawieram ją w wyniku mojej świadomej decyzji.



Podpis ubezpieczającego

MANFUL LOGISTICS NATALIA POCHWATKO
Ubezpieczający


Podpis ubezpieczającego do polisy


Osoba Wykonująca Czynnności Agencyjne
Tel. 600 801 844, 602 470 181
Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA



 **801 102 102 lub (or) +48 22 566 55 55 pzu.pl**
w przypadku awarii lub wypadku (in case of accident)