



903006020301

**Polisa Hestia Biznes 903006020301**

Druk jest jednocześnie wnioskiem ubezpieczeniowym  
Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 903003955449

**ORYGINAŁ**

**Ubezpieczający/Ubezpieczony**

nazwa **GEOSPACE MICHAŁ KOZAK, NIP: 8842381567, REGON: 891446527**  
adres **58-130 ŻARÓW, UL. KALNO 46a, Kalno, tel. 606515577**

**Płatności**

**Podsumowanie**

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej 273 PLN  
do zapłaty. 273 PLN  
do zapłaty słownie: dwieście siedemdziesiąt trzy 00/100 PLN

**Raty**

nr konta  
terminy i kwoty płatności **I rata 2013-10-09, 273 zł**

Potwierdza się dokonanie wpłaty

data **2013-10-09**  
kwota **273,00 PLN**  
kwota słownie **dwieście siedemdziesiąt trzy 00/100 PLN**

**Rodzaj prowadzonej działalności (PKD 2007)**

Lp.	Symbol	Opis
1	18.12.Z	Pozostałe drukowanie

**Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (dotyczy wymienionych rodzajów działalności)**

Okres ubezpieczenia	Wariant	Suma gwarancyjna [PLN] (dla jednego i dla wszystkich wypadków)	Franszyza redukcyjna
2013-10-19 - 2014-10-18	rozszerzony	100 000	wykupiono

Podstawa obliczenia składkiwartość obrotu

Zakres ubezpieczenia rozszerzono o klauzule (treść klauzul zgodna z załącznikiem nr 2 OWU HB):

Numer	Nazwa	Franszyza redukcyjna [PLN]	Limit odpowiedzialności [PLN]
003	Włączenie szkód w rzeczach ruchomych osób trzecich, z których osoby objęte ubezpieczeniem korzystały na podstawie umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innego pokrewnego stosunku prawnego	1 000	50 000
004	Włączenie szkód na osobie wyrządzonych pracownikom	brak	100 000
007	Włączenie szkód w rzeczach stanowiących przedmiot obróbki, naprawy lub innych czynności w ramach usług wykonywanych przez osoby objęte ubezpieczeniem	1 000	100 000

**Informacja o ubezpieczeniu**

**Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie OWU Hestia Biznes o symbolu B-iHB-01/11**

**Oświadczenie Ubezpieczyciela**

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (t. 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 Pana/i danych osobowych, które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług).  
- służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie albo osób trzecich, którym przekazywane są te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody

**Oświadczenie Ubezpieczającego**

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 wyrażam zgodę by moje dane osobowe, przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, mogły być udostępnione Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na życie 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).  
Wyrażam zgodę na doręczenie przez STU Ergo Hestia SA wszelkich dokumentów niezbędnych do wykonywania zawieranych umów ubezpieczenia oraz wszelkiej korespondencji związanej ze zgłaszaniem i likwidacją szkody, jak też ze złożeniem klargu czy odwołaniem, za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przez mnie adres tej poczty.  
\* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależniłem się zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku braku zgody Ubezpieczającego na treść powyższej klauzuli, prosimy o jej wykreślenie w całości

**2013-10-09, Żarów**

data i miejsce zawarcia umowy ubezpieczenia

*[Podpis]*  
podpis Ubezpieczającego

**CENTRUM UBEZPIECZEŃ**

Ubezpieczenia - Likwidacja - Rodz. Uta Zastępcze  
**58-130 Żarów, ul. Armii Krajowej 41**  
tel. 74 889 06 87; tel. 365 099 605



EHM01010600091302

Wydrukowano programem iPegaz  
w wersji 2.80.0 2013-09-13 14:17