



903013795910

Polisa Hestia Biznes 903013795910

Druk jest jednocześnie wnioskiem ubezpieczeniowym
Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 903013446630

ORYGINAŁ

Ubezpieczający/Ubezpieczony

nazwa **PRACOWNIA PLASTYCZNA "STUDIO 22" STEFAN GAWROŃSKI, NIP: 6721284108, REGON: 330460223**
adres **78-320 POŁCZYN-ZDRÓJ 22 PRZYROWO, tel. 68120903469**

Płatności

Podsumowanie

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej 300 PLN

RAZEM DO ZAPŁATY **300 PLN**

do zapłaty słownie: trzysta 00/100 PLN

Raty

nr konta **27 1240 6960 6013 9030 1379 5910**

terminy i kwoty płatności **2021-07-30, 300 zł**

Wybrany sposób płatności: przelew.

Rodzaj prowadzonej działalności (PKD 2007)

Lp.	Symbol	Opis
1	73.11.Z	Działalność agencji reklamowych
2	16.23	Produkcja pozostałych wyrobów stolarskich i ciesielskich dla budownictwa
3	43.32	Zakładanie stolarki budowlanej

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (dotyczy wymienionych rodzajów działalności)

Okres ubezpieczenia	Wariant	Suma gwarancyjna [PLN] (dla jednego i dla wszystkich wypadków)	Franszyza redukcyjna
2021-07-26 00:00 - 2022-07-25 24:00	rozszerzony	260 000	zgodna z OWU

Podstawa obliczenia składki liczba zatrudnionych osób

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

Numer	Nazwa	Franszyza redukcyjna [PLN]	Limit odpowiedzialności [PLN]
007	Włączenie szkód w rzeczach stanowiących przedmiot obróbki, naprawy lub innych czynności w ramach usług wykonywanych przez osoby objęte ubezpieczeniem	500	100 000
009	Włączenie szkód poniesionych przez producenta produktu finalnego wskutek wadliwości produktów dostarczonych przez osoby objęte ubezpieczeniem	10% wysokości szkody, nie mniej niż 1 000	100 000

Informacja o ubezpieczeniu

Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie OWU Hestia Biznes o symbolu B-iHB-01/18

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.

Zgadzam się, aby moje dane osobowe przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie, mogły być udostępnione Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług, w tym prezentacji ofert ubezpieczenia.

Wniosek o przesyłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, indywidualne konto internetowe udostępnione przez Ubezpieczyciela) na podane przeze mnie dane kontaktowe, o odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuje się do aktualizacji danych.

* 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.

2021-07-23, POŁCZYN ZDRÓJ



EHM01020600091302

Polisa Hestia Biznes 903013795910

Druk jest jednocześnie wnioskiem ubezpieczeniowym
Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 903013446630
ORYGINAŁ

data i miejsce zawarcia umowy ubezpieczenia

Anne Nowiak

podpis Ubezpieczającego



903013795910
Ubezpieczony / Zakładawca
Jan Wasiconek
78-320 POŁCZYŃ-ZDRÓJ, ul. Piwna 9/3
tel./fax 0-94 36 64 143
NIP 672 136-97-82 Regon 330605259

podpis Ubezpieczyciela



EHM02020600091302