

POLISA OGÓLNA

OKRES UBEZPIECZENIA OD 30.04.2009 DO 29.04.2010 24 00

I. Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko/Nazwa firmy: **"IPS IMPORT PARTNERSHIP SYSTEM" Sp. z o.o.**
 02-360 Warszawa, ul. Siewierska 10/12
 tel./fax: 022 668 88 18
 NIP: 701-006-22-65

Ulica: _____ Numer: _____
 Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

II. Warunki ubezpieczenia

Lp.	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	Symbol	Suma ubezpieczenia [USD]	Składka [zł]
1.	ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA SPEDITORA		200.000	3820
Słownie: TRZY TYSIĄCE OSIEMSET DWA ZŁOŻE CIAŁE RAZEM 3820				

III. Informacje o ubezpieczeniu

Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie ogólnych warunków ubezpieczeń o symbolach **TH/LOW023/0708**
 oraz wniosku(ów) nr **0013660**
 z zastosowaniem klauzul określonych poniżej - stanowiących integralną część umowy: **PRZY SPEDYCYJI DO PAŁAIA N°**
KIDRYCH TOCZYŚĆ WOJNA, WOJNA DOMOWA ZACHLESKI - FRANUZTA REDUKCYJNA NIENASIŁY SZKODY NI
WIĘKSIĄ NIŻ 400 EUR. PRZY PRZEWOZACH MATERIAŁÓW NIEBEZPIECZYLIH FRANUZTA REDUKCYJNA NIENASIŁY SZKODY
NIENIWIĘKSIĄ NIŻ 400 EUR
 IV. Forma i warunki płatności w przypadku płatności odroczonej **NIENIWIĘKSIĄ NIŻ 400 EUR**
SKŁADKA PŁATNA W 4 RATACH PRZELEWEM: I RATA - 955 zł DO 13.05.2009, II RATA - 955 zł
DO 29.07.2009, III RATA - 955 zł DO 29.10.2009, IV RATA - 955 zł DO 29.12.2009
 Wpłata na Indywidualne Konto Polisy w Banku Pekao SA 70 12406960 6013 509000019109

Stwierdza się dokonanie wpłaty w kwocie: _____ słownie: _____

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, pobranych zgodnie z treścią art. 815 k.c., 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.

Umowę ubezpieczenia zawarto w _____
 dnia **29.04.2009**

Podpis Ubezpieczającego: **"IPS IMPORT PARTNERSHIP SYSTEM"**
 Warszawa, ul. Siewierska 10/12
 tel./fax: 022 668 88 18
 NIP: 701-006-22-65

Podpis Ubezpieczyciela: **Małgorzata Zakrzewska**
 Zezwolenie PUNU nr 62642/97

