



# Polisa nr 903013316081 ORYGINAŁ

Segment: B

Okres ubezpieczenia od **2020-03-01 00:00** do **2021-02-28 24:00**

## Ubezpieczający/Ubezpieczony

nazwa **SAAP GROUP PIOTR DARIUSZ WODZYŃSKI, NIP: 5222605290, REGON: 368202684**  
 dane kontaktowe **05-808 PARZNIEW, UL. DZIAŁKOWA 161 / 16, TEL. 509 104 431, ATAKAN@WP.PL**

## Rodzaj prowadzonej działalności (PKD 2007)

Lp.	Symbol	Opis	PKD główne
1	52.29	Pozostała działalność usługowa wspomagająca transport	Nie

## Produkt ubezpieczeniowy

Lp.	Symbol	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	Waluta	Składka [PLN]
1	J03-02	OC spedytora - Przewóz AGD/RTV/KOMP OC SPEDYTORA - PRZEWÓZ OPRÓCZ AGD20%, WYROBY TYTONIOWE 20%, WYROBY ALKOHOLOWE 20%, SPRZĘT ELEKTRONICZNY 20%, TOWARY SZYBKO PSUJĄCE SIĘ 20%	350 000,00	USD	1 283,00
<b>RAZEM DO ZAPŁATY</b>					<b>1 283,00</b>

## Klauzule dodatkowe

Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia o symbolach: TM/OW023/1809.

## Płatności

nr konta **90 1240 6960 6013 9030 1331 6081**  
 terminy i kwoty płatności **2020-03-13, 1 283,00 zł**  
 Wybrany sposób płatności: przelew.

## 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.

Agencja Handlowa Ubezpieczeń  
**Wrycza Dorota**  
**Punkt Akwizycyjny**  
 02-495 Warszawa, ul. Pużaka 1  
 tel. 22 882-37-65, 509-914-409  
 e-mail: dorotawrycza@wp.pl  
 www.ubezpieczenia-wrycza.pl

*[Signature]*

podpis przedstawiciela:  
 STU ERGO HESTIA S.A.

*[Signature]*

podpis Ubezpieczającego

**2020-02-28, WARSZAWA**

data i miejsce zawarcia umowy ubezpieczenia