



EHM01010600031202



903013112798

Polisa nr 903013112798 ORYGINAŁ

Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 903012753130.

Segment: B

Okres ubezpieczenia od **2019-08-31 00:00** do **2020-08-30 24:00****Ubezpieczający/Ubezpieczony**nazwa **MPM GROUP MACIEJ MICHALAK, NIP: 8212581141, REGON: 366910069**
dane kontaktowe **08-110 STOK LACKI, UL. SIEDLECKA 177, TEL. 510 049 824****Rodzaj prowadzonej działalności (PKD 2007)**

Lp.	Symbol	Opis	PKD główne
1	52.29.C	Działalność pozostałych agencji transportowych	Nie

Produkt ubezpieczeniowy

Lp.	Symbol	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	Waluta	Składka [PLN]
1	J03-00	OC spedytora - bez pozycji taryfy	300 000,00	USD	1 250,00
RAZEM DO ZAPŁATY					1 250,00

Klauzule dodatkowe

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

Platnościnr konta **83 1240 6960 6013 9030 1311 2798**
terminy i kwoty płatności **I rata 2019-08-26, 625,00 zł; II rata 2020-02-28, 625,00 zł**
Wybrany sposób płatności pierwszej raty składki: 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.

.....
podpis przedstawiciela:
STU ERGO HESTIA S.A.
.....
podpis Ubezpieczającego**2019-08-12, Tychy**.....
data i miejsce zawarcia umowy ubezpieczenia**STANISŁAW MAJCHRZAK**
Agencja Ubezpieczeniowa "KEDAR II"
Szota, Majchrzak Sp.j.
ul. Fabryczna 11, 43-100 Tychy