



Polisa **901003040992**  
**ORYGINAŁ**

Okres ubezpieczenia od 2009-02-24 00:00 do 2010-02-23 24:00

Numer pakietu/Umowy generacyjnej			
Segment	Pakiet	PKD	Underwriter
B	0	60	

**I. Dane Ubezpieczonego**

AMB LOGISTICS Beata Witt  
 ul. Chopina 4  
 64-600 Oborniki

**II. Warunki ubezpieczenia**

Lp.	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	Symbol	Suma ubezpieczenia (zł)	Składka (zł)
1	OC spedytora - zakres rozszerzony o spedycję materiałów niebezpiecznych - franszyza redukcyjna 10 % , nie mniej niż 400 EUR .Franszyza redukcyjna w pozostałych przypadkach 200EUR	J03-02	100 000,00 USD	800,00

Słownie złotych: osiemset 00/100

Składka razem **800,00**

**III. Informacja o ubezpieczeniu**

Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczeń o symbolach: TM/OW023/0708 oraz wniosku(ów) nr z zastosowaniem klauzul określonych poniżej - stanowiących integralną część umowy

kontynuacja bezszkodowa 3 rok

**IV. Forma i warunki płatności składki ubezpieczeniowej w przypadku płatności odroczonej**

Płatna ratalnie, przelewem. Kwoty i terminy płatności: 400 zł do 2009/02/28, 400 zł do 2009/08/23 Rach. bankowy: STU Ergo Hestia S.A., 81-731 Sopot, ul. Hestii 1, Bank Pekao S.A., 17 1240 6960 6013 9010 0304 0992	Wpłata na Indywidualne Konto Polisy w Banku Pekao S.A. <b>17 1240 6960 6013 9010 0304 0992</b>
Potwierdza się dokonanie wpłaty w kwocie 0.00 (słownie złotych: 00/100)	

**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 prawa wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie albo osób trzecich, którym są przekazywane 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 zostało zawarte ubezpieczenie i zaakceptowałem ich treść.

Umowę ubezpieczenia zawarto w

Poznań

dnia: 2009-02-23

Podpis Ubezpieczającego

*Beata Witt*

Podpis Ubezpieczyciela  
 ERGO Hestia S.A.  
 Agencja nr 11784 w Poznaniu  
 Barbara Rachwał  
 60-158 Poznań, ul. Keplera 6c/38  
 Kom. 0601 060 155, tel./fax 061 661 661  
 Telefoniczne Centrum Obsługi Klientów  
**Hestia Kontakt 0 801 107 107\***  
**lub 058 555 5 555**



EHM01010109010701

Wydrukowano programem:  
 Pegaz 1.75.0518  
 Wariant A

\* opłata za połączenie równa jednostce taryfikacyjnej TP SA

DU001/0703