



Polisa nr 903012636896 ORYGINAŁ

Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 903012121515.
Segment: A Underwriter: 000729

Okres ubezpieczenia od **2018-05-25 00:00** do **2019-05-24 24:00**

Ubezpieczający/Ubezpieczony

nazwa **FULL FUN REMIGIUSZ OLEJNICZAK, NIP: 8521539591, REGON: 812531430**
dane kontaktowe **71-051 SZCZECIN, TADEUSZA SZELIGOWSKIEGO 85 / 2**

Rodzaj prowadzonej działalności (PKD 2007)

Lp.	Symbol	Opis	PKD głównie
1	85.51.Z	Pozaszkolne formy edukacji sportowej oraz zajęć sportowych i rekreacyjnych	Tak

Produkt ubezpieczeniowy

Lp.	Symbol	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	Waluta	Składka [PLN]
1	M17-22	Obowiązkowe ubezpieczenie na rzecz klientów w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki: 1) organizowanie imprez turystycznych i pośredniczenie na zlecenie klientów w zawieraniu umów o świadczenie usług turystycznych na terytorium państw europejskich z wykorzystaniem innego środka transportu niż transport lotniczy w ramach przewozu czarterowego. 2) organizowanie imprez turystycznych i pośredniczenie na zlecenie klientów w zawieraniu umów o świadczenie usług turystycznych na terytorium krajów mających lądową granicę z Rzeczpospolitą Polską, a w przypadku Federacji Rosyjskiej w obrębie obszaru obwodu kalininградzkiego, a także organizowanie krajowych imprez turystycznych i pośredniczenie na zlecenie klientów w zawieraniu umów o świadczenie krajowych usług turystycznych, w tym imprez zagranicznej turystyki przyjazdowej.	28 000,00	EUR	5 000,00
RAZEM DO ZAPŁATY					5 000,00

Klauzule dodatkowe

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie: Dz.U. 2013 nr 0 poz. 510 - Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 kwietnia 2013 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia na rzecz klientów w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych. Sygnatura oferty: A/SZ50/0476297/1.
Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia o symbolach: Rozp. Min. Fin. Dz.U. 2010.252.1690.

Płatności

nr konta **41 1240 6960 6013 9030 1263 6896**
terminy i kwoty płatności **I rata 2018-06-05, 2 500,00 zł; II rata 2018-11-22, 2 500,00 zł**
Wybrany sposób płatności pierwszej raty składki: przelew.

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, 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.
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.

Agencja nr 3766
Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń
Ergo Hestia S.A.
PALLADA UBEZPIECZENIA Paweł Kmieć
Z upoważ. Agencji: Beata Prusińska
.....tel. 91.48.45.000, b.prusinska@pallada.com.pl.....

podpis przedstawiciela:
STU ERGO HESTIA S.A.

podpis Ubezpieczającego

2018-05-22, Szczecin

.....
data i miejsce zawarcia umowy ubezpieczenia