

Compensa Kontakt: 0 801 120 000 (połączenie częściowo płatne, dostępne z telefonów stacjonarnych)

**Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej
przewoźnika w międzynarodowym
transportie drogowym (OCP międzynarodowe)**

POLISA typ 19016 nr 2020489
jednostka organizacyjna 502/000/00000/63003

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POŁA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

1. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Imię i nazwisko / Nazwa firmy ZH "KOMPLEKS" Sp. z o.o. - Rafał Magiera, Jan Zrostek
Adres z kodem pocztowym 42-200 Częstochowa ul. Dmowskiego 1A
PESEL / REGON 150500077 Telefon _____ Osoba fizyczna Osoba prawna Jedn. org. nie posiadająca osobowości prawnej

2. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko / Nazwa firmy ZH "KOMPLEKS" Sp. z o.o. - Rafał Magiera, Jan Zrostek
Adres z kodem pocztowym 42-200 Częstochowa ul. Dmowskiego 1A
PESEL / REGON 150500077 Telefon _____ Osoba fizyczna Osoba prawna Jedn. org. nie posiadająca osobowości prawnej

3. ZAKRES TERYTORIALNY USŁUG ŚWIADCZONYCH PRZEZ UBEZPIECZONEGO

Kraje Unii Europejskiej (w tym Litwa, Łotwa i Estonia) z
wyłączeniem krajów powstałych z byłej Jugosławii i byłego ZSRR

4. RODZAJ PRZEWOŻONYCH PRZESYŁEK PODWYŻSZONEGO RYZYKA LUB ADR, SAMOCHODY, INNE

ABO, RTV, komputery, części samochodowe

5. OKRES UBEZPIECZENIA

od 31-10-2008 godz. _____ do 30-10-2009 godz. _____

6. SUMA GWARANCYJNA

na jedno zdarzenie 300 000 EURO na wszystkie zdarzenia 300 000 EURO

7. FRANSZYZA REDUKCYJNA (w każdej szkodzie)

15% szkody powstałej w wyniku kradzieży lub rozboju nie
mniej niż 300 EURO
5% szkody powstałej w wyniku wypadku drogowego transportu z
niniejszego ubezpieczenia nie mniej niż 300 EURO

8. WARUNKI SZCZEGÓLNE

Kontynuacja polisy 19016/2019109

9. SKŁADKA ZALICZKOWA

12 600 zł

Słownie złotych dwanaście tysięcy sześćset złotych

Składka płatna gotówką jednorazowo ratalnie na konto Termin płatności składki _____

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group 73 1030 1944 7016 2800 2020 4891
Kwota raty _____

I rata 3150 2 rata 3150 3 rata 3150 4 rata 3150
I rata płatna do 30-10-2008 2 rata płatna do 30-01-2009 3 rata płatna do 30-04-2009 4 rata płatna do 30-07-2009

Przedstawiciel Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group w dniu zawarcia umowy otrzymał kwotę _____ zł

Słownie złotych _____

POLISA typ 19016 nr 202 0489

10. UWAGI

Polisyści posiadają zamontowane GPS COMBO
UMOWA KD/01/GPS/GPRS/03/07

W przypadku szkody prosimy o
kontakt: CUNNIGHAM LINDSEY
MARINE ul. Olimpijska 35,
02-363 Warszawa tel.
+48 601 807 37 (całodobowo)
+22 848 11 45, +48 601 581
998 fax + 22 848 33 66

Integralną część umowy ubezpieczenia stanowi wniosek o ubezpieczenie.

Do niniejszej umowy zastosowanie mają: „Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźnika w międzynarodowym transporcie drogowym”, zatwierdzone uchwałą Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group nr 33/2007 z dnia 27 czerwca 2007 r., których znajomość i odbiór przed zawarciem umowy ubezpieczenia potwierdzam.

Przy korespondencji i wpłatach należy powoływać się na numer polisy.

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna Ubezpieczającego za całkowite lub częściowe uszkodzenie lub utratę przesyłki w transporcie dokonywanym jedynie wymienionymi we wniosku do niniejszej polisy środkami transportu

data 20-10-2008

Częstochowa

miejsowość

Jerzy Skowron

Menadżer Grupy Agentów

pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

Compensa TU S.A. VIIG

Zgodnie z art.23 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przekazywanie przez Towarzystwo moich danych osobowych, takich jak imiona, nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania, adres do korespondencji i numer telefonu innym podmiotom prawa polskiego powiązanym z Towarzystwem, z którymi Towarzystwo współpracuje w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej, w szczególności w celu oferowania przez te podmioty produktów i usług.

podpis Ubezpieczającego

podpis Ubezpieczającego

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Vienna Insurance Group

Oddział w Częstochowie

42-200 Częstochowa, ul. Kawia 4/16

Tel./faks: 034 / 365 48 83

pieczęć oddziału Compensy
NIP: 528-041-98-88; EHMNS12050

2/2
ORYGINAL

(4)