



903013526471

Polisa Hestia Biznes 903013526471

Druk jest jednocześnie wnioskiem ubezpieczeniowym
Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 903013172075
ORYGINAŁ

Ubezpieczający/Ubezpieczony

nazwa **BACKOFFICE OUTSOURCING SP. Z O.O., NIP: 1132867570, REGON: 146791818**
adres **04-036 WARSZAWA, AL. STANÓW ZJEDNOCZONYCH 72 / 12 , tel. 792095555**

Płatności

Podsumowanie

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej	335 PLN
Biznes Assistance	65 PLN
RAZEM DO ZAPŁATY	400 PLN

do zapłaty słownie: czterysta 00/100 PLN

Raty

nr konta **74 1240 6960 6013 9030 1352 6471**
terminy i kwoty płatności **2020-11-02, 400 zł**
Wybrany sposób płatności: przelew.

Rodzaj prowadzonej działalności (PKD 2007)

Lp.	Symbol	Opis
1	82.99.Z	Pozostała działalność wspomagająca prowadzenie działalności gospodarczej, gdzie indziej niesklasyfikowana

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (dotyczy wymienionych rodzajów działalności)

Okres ubezpieczenia	Wariant	Suma gwarancyjna [PLN] (dla jednego i dla wszystkich wypadków)	Franszyza redukcyjna
2020-10-20 00:00 - 2021-10-19 24:00	rozszerzony	1 000 000	zgodna z OWU

Podstawa obliczenia składki liczba zatrudnionych osób

Zakres ubezpieczenia rozszerzono o klauzule (treść klauzul zgodna z załącznikiem nr 2 OWU HB):

Numer	Nazwa	Franszyza redukcyjna [PLN]	Limit odpowiedzialności [PLN]
003	Włączenie szkód w rzeczach ruchomych osób trzecich, z których osoby objęte ubezpieczeniem korzystały na podstawie umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innego pokrewnego stosunku prawnego	1 000	50 000
004	Włączenie szkód na osobie wyrządzonych pracownikom	brak	1 000 000
007	Włączenie szkód w rzeczach stanowiących przedmiot obróbki, naprawy lub innych czynności w ramach usług wykonywanych przez osoby objęte ubezpieczeniem	500	100 000

Biznes Assistance

Okres ubezpieczenia	Wariant
2020-10-20 00:00 - 2021-10-19 24:00	rozszerzony

Informacja o ubezpieczeniu

Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie OWU Hestia Biznes o symbolu B-iHB-01/18

Odstępstwa

OC

Usług dodatkowe przyjęte do ochrony:

- masowa obsługa korespondencji przychodzącej i wychodzącej, wydruków masowych i mailingów, przesyłek lokalnych,
- codziennej lub czasowej obsługi korespondencji wychodzącej i przychodzącej,
- pomoc przy pobieraniu odpisów z Krajowego Rejestru Sądowego



EHM0102060091302



903013526471

Polisa Hestia Biznes 903013526471

Druk jest jednocześnie wnioskiem ubezpieczeniowym
Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 903013172075
ORYGINAŁ

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.

Zgadzam się, aby moje dane osobowe przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie, mogły być udostępnione Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług, w tym prezentacji ofert ubezpieczenia.

Wnoszę o przeczytanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, indywidualne konto internetowe udostępnione przez Ubezpieczyciela) na podstawie moich danych kontaktowych, a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych.

* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku braku zgody Ubezpieczającego na treść powyższej klauzuli, prosimy o jej wykreślenie w całości.

2020-10-19, Warszawa

data i miejsce zawarcia umowy ubezpieczenia

podpis Ubezpieczającego

podpis Ubezpieczyciela



EHM02020600091302