



**POLISA UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ  
PRZEWOŹNIKA DROGOWEGO W RUCHU KRAJOWYM / MIĘDZYNARODOWYM**

**CARRIERS THIRD PARTY LIABILITY IN DOMESTIC / INTERNATIONAL TRANSPORT**

**Nr 1006481737**

**1 Okres ubezpieczenia / Period of insurance: od / from 26.05.2016 do / to 25.05.2017**

**2 Ubezpieczający / Policyholder: PICZ PRZEMYSŁAW**  
Adres siedziby / Address: KĄKOLEWO, ZIELONA 10, 64-113 OSIECZNA  
E-mail: Klient odmówił Telefon/Phone: +48609878768 REGON: 300826819

**3 Ubezpieczony / Insured: PICZ PRZEMYSŁAW**  
Adres siedziby / Address: KĄKOLEWO, ZIELONA 10, 64-113 OSIECZNA  
E-mail: Klient odmówił Telefon/Phone: +48609878768 REGON: 300826819

**4 Zakres ubezpieczenia / Scope of coverage**

	<b>Ruch krajowy</b> <i>Domestic transport</i>	<b>Ruch międzynarodowy</b> <i>International transport</i>
Suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia <i>Sum insured per all insured events in the insurance period</i>	400 000 PLN	
<b>Klazure rozszerzające zakres ubezpieczenia</b> <i>Coverages</i>		
Koszty podniesienia lub wyciągnięcia pojazdu (klauzula nr 8) <i>Vehicle lifting/taking-out clause</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Suma gwarancyjna 20 000 PLN <i>Sum insured</i>	<input type="checkbox"/>

**5 Franszyza redukccyjna / Deductible**

	<b>Ruch krajowy</b> <i>Domestic transport</i>	<b>Ruch międzynarodowy</b> <i>International transport</i>
Franszyza podstawowa <i>Basic deductible</i>	800 PLN	

**6 Zniżki i zwwyżki składki**  
Zniżka UW

**7 Numer rachunku bankowego PZU SA do zapłaty składki Bank**  
*account number*  
03 1020 1026 2881 0110 1001 4654  
W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1006481737

**8 Składka łączna / Premium: 2 105,92 PLN**

<b>Rata / Installment</b>	1	2
Kwota w złotych / Amount in PLN	1 053,92	1 052,00
Termin płatności / Date of payment	25.05.2016	12.12.2016

**9 Warunki ubezpieczenia**

1.  \* Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźnika drogowego w ruchu krajowym, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/146/2014 z dnia 27.05.2014 r., wraz ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/393/2015 z dnia 17.12.2015 r., które otrzymałem/am przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

\*  w polu oznacza zgodę

**10 Oświadczenia**

1. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.

**Potwierdzam dane kontaktowe:**  
PICZ PRZEMYSŁAW  
E-mail: Klient odmówił  
Telefon/Phone: +48609878768

Data zawarcia umowy: 11.05.2016 r.

Jagoda Nowicka  
Dąbcze 45  
64-130 Rydzyna  
tel. 669 899 690  
REGON 302470479 NIP 6972229710

PICZ PRZEMYSŁAW Ubezpieczający | \_\_\_\_\_ Podpis ubezpieczającego | \_\_\_\_\_ Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA



**801 102 102 lub (or) +48 22 566 55 55 pzu.pl**  
w przypadku awarii lub wypadku (in case of accident)

DSP/P/1006481737/6861/pc:10000050362499/BE20