

**POLISA UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ  
PRZEWOŹNIKA DROGOWEGO W RUCHU KRAJOWYM / MIĘDZYNARODOWYM**  
CARRIERS THIRD PARTY LIABILITY IN DOMESTIC / INTERNATIONAL TRANSPORT  
Nr 1047732187



<b>1</b>	<b>Okres ubezpieczenia/</b> <i>Period of insurance:</i> <b>od/</b> from <b>15.02.2021 do/</b> to <b>14.02.2022</b>		
<b>2</b>	<b>Ubezpieczający/</b> <i>Policyholder:</i> <b>ROBERT GWÓZDŹ GWÓZDŹ-TRANSPORT-HANDEL</b> Adres siedziby/ <i>Address:</i> KRÓLOWEJ JADWIGI 7, 41-712 RUDA ŚLĄSKA E-mail: info@gwozdz-wegiel.pl	REGON: 277790220 Telefon/Phone: +4760459181501	
<b>3</b>	<b>Ubezpieczony/</b> <i>Insured:</i> <b>ROBERT GWÓZDŹ GWÓZDŹ-TRANSPORT-HANDEL</b> Adres siedziby/ <i>Address:</i> KRÓLOWEJ JADWIGI 7, 41-712 RUDA ŚLĄSKA E-mail: info@gwozdz-wegiel.pl	REGON: 277790220 Telefon/Phone: +4760459181501	
<b>4</b>	<b>Zakres ubezpieczenia</b> <i>Scope of coverage</i> Suma gwarancyjna na jeden i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe <i>Sum insured per all insured events in the insurance period</i>	<b>Ruch krajowy</b> <i>Domestic transport</i> 200 000 EUR	<b>Ruch międzynarodowy</b> <i>International transport</i>
<b>4</b>	<b>Klazure rozszerzające zakres ubezpieczenia</b> <i>Coverages</i> Szkody powstałe podczas postoju poza parkingami strzeżonymi (klauzula nr 7) <i>Parking clause</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	<b>Klazure dodatkowe</b> <i>Additional coverages</i>		
<b>5</b>	<b>Franszyza redukcyjna/</b> <i>Deductible</i> Franszyza podstawowa <i>Basic deductible</i>	<b>Ruch krajowy</b> <i>Domestic transport</i> 5%, nie mniej niż/ <i>not less than</i> 200 EUR	<b>Ruch międzynarodowy</b> <i>International transport</i>
<b>6</b>	<b>Zniżki i zwyczki składki</b> Zniżka UW		
<b>7</b>		<b>Numer rachunku bankowego PZU SA do zapłaty składki/</b> <i>Bank account number</i> 02 1240 6960 3014 0110 0225 9232 (W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1047732187/ <i>Title of transfer should include Policy Number: Nr 1047732187</i> )	
<b>8</b>	<b>Składka łączna/</b> <i>Premium:</i> <b>811,29 PLN</b> Kwota w PLN/ <i>Amount in PLN</i> Termin płatności/ <i>Date of payment</i>	<b>Jednorazowo/</b> <i>Single payment</i> 811,29 24.02.2021	
<b>9</b>	<b>Warunki ubezpieczenia</b> 1. <input checked="" type="checkbox"/> * Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźnika drogowego w ruchu krajowym, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/174/2016 z dnia 10 maja 2016 r. oraz ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r., które otrzymałem/am przed	zawarciem umowy ubezpieczenia.  * <input checked="" type="checkbox"/> w polu oznacza zgodę	
<b>10</b>	<b>Postanowienia dodatkowe</b> <b>Ubezpieczenie dobrowolne</b> Warunki szczególne: Z zastrzeżeniem pozostałych niezmienionych niniejszymi postanowieniami dodatkowymi zapisów OWU ustala się, że PZU SA na warunkach niniejszej umowy zgodnie z deklaracją klienta nie obejmuje ochroną szkód w następujących rodzajach przewożonego mienia: <ul style="list-style-type: none"><li>• Wyrobach tytoniowych</li><li>• Wyrobach alkoholowych</li><li>• Sprzęcie elektronicznym</li><li>• Samochodach, motocyklach, quadach</li><li>• Częściach samochodowych/ motocyklowych</li><li>• Art. spożywczych</li><li>• Żywych zwierzętach</li><li>• Lekach</li><li>• Towarach ponadgabarytowych</li><li>• Materiałach niebezpiecznych</li></ul>	Z zastrzeżeniem pozostałych niezmienionych niniejszymi postanowieniami dodatkowymi zapisów OWU ustala się, że PZU SA na warunkach niniejszej umowy obejmuje ochrona ubezpieczeniową tylko i wyłącznie szkody powstałe w związku z przewozem towarów pojazdami zgłoszonymi do ubezpieczenia oraz za pomocą środków transportu przyjętych w posiadanie po zawarciu umowy ubezpieczenia Wykaz pojazdów zgłoszonych: <ul style="list-style-type: none"><li>1. SK858LG</li><li>2. SK564MV</li><li>3. SK924RT</li><li>4. SK550SG</li></ul>	
<b>11</b>	<b>Oświadczenia</b> 1. Zgoda na udzielanie informacji o polisie osobom trzecim: tak. 2. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do	umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego. 3. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem/am Dokument	

DSP/P/1047732187/9651/pc:100000318246721/BE20

zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.

4. Oświadczam, że otrzymałam/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych.
5. Przekazano informację o administratorze danych osobowych, danych kontaktowych administratora oraz inspektora ochrony danych, celach i podstawie prawnej przetwarzania danych, okresie ich przechowywania, odbiorcach danych oraz prawach jakie przysługują podmiotowi danych, informację o niezbędności podania danych do przygotowania oferty oraz o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji. Informację udostępniono również pod adresem [www.pzu.pl](http://www.pzu.pl).
6.  \* Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
7.  \* Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
8.  \* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
9.  \* Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA, w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.

10.  \* Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust.1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuje się uaktualnić moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
11. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres [kontakt@pzu.pl](mailto:kontakt@pzu.pl) albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Pełne nazwy spółek:

PZU SA – Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Życie SA – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PTE PZU SA – Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; TFI PZU SA – Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Pomoc SA – PZU Pomoc Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Zdrowie SA – PZU Zdrowie Spółka Akcyjna, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa; PZU CO SA – PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa; Link4 TU SA – Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa; PEKAO SA – Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa; Alior Bank SA – Alior Bank Spółka Akcyjna, ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa; TUJW PZUJW – Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Ogrodowa 58, 00-876 Warszawa.

\*  w polu oznacza zgodę

## Postanowienia dodatkowe lub odmienne

### Postanowienia dodatkowe do umowy/ów ubezpieczenia stwierdzonych niniejszą Polisa

1. Do OWU mających zastosowanie do niniejszej umowy ubezpieczenia / umowy ubezpieczenia obowiązkowego wprowadza się postanowienie dodatkowe w brzmieniu:

Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: [www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl).

2. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu OWU, które mają zastosowanie do tej umowy ubezpieczenia, na piśmie lub za zgodą Ubezpieczonego na innym trwałym nośniku. W przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone Ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową. Przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego. Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności.

12

### Potwierdzam dane kontaktowe:

ROBERT GWÓZDŹ GWÓZDŹ-TRANSPORT-HANDEL

E-mail: [info@gwozdz-wegiel.pl](mailto:info@gwozdz-wegiel.pl)

Telefon/Phone: +4760459181501

Data zawarcia umowy: 10.02.2021 r.

Oświadczam, że niniejsza umowa ubezpieczenia spełnia moje wymagania i potrzeby przy uwzględnieniu wysokości składki jaką jestem skłonny/a zapłacić. Zawieram ją w wyniku mojej świadomej decyzji.

\_\_\_\_\_

Podpis ubezpieczającego

ROBERT GWÓZDŹ GWÓZDŹ-TRANSPORT-HANDEL

Ubezpieczający

\_\_\_\_\_

Podpis ubezpieczającego do polisy

\_\_\_\_\_

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)

# OŚWIADCZENIA DO POLISY UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PRZEWOŹNIKA DROGOWEGO W RUCHU KRAJOWYM / MIĘDZYNARODOWYM

CARRIERS THIRD PARTY LIABILITY IN DOMESTIC / INTERNATIONAL TRANSPORT

Nr 1047732187



<b>1</b>	<b>Okres ubezpieczenia/</b> <i>Period of insurance:</i> <b>od/</b> from <b>15.02.2021 do/</b> to <b>14.02.2022</b>									
<b>2</b>	<b>Ubezpieczający/</b> <i>Policyholder:</i> <b>ROBERT GWÓZDŹ GWÓZDŹ-TRANSPORT-HANDEL</b> Adres siedziby/ <i>Address:</i> KRÓLOWEJ JADWIGI 7, 41-712 RUDA ŚLĄSKA E-mail: info@gwozdz-wegiel.pl Telefon/Phone: +4760459181501 REGON: 277790220									
<b>3</b>	<b>Struktura przewożonych towarów</b> <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th></th><th style="text-align: center;">Udział grupy towarowej we wszystkich wykonywanych przewozach w ruchu krajowym</th><th style="text-align: center;">w ruchu międzynarodowym</th></tr></thead><tbody><tr><td>Sprzęt AGD <i>Home appliances</i></td><td style="text-align: center;">10 %</td><td></td></tr><tr><td>Inne towary/ <i>Other goods</i> ruch krajowy/ <i>domestic transport:</i> materiały budowlane, stal, materiały sypkie, ruch międzynarodowy / <i>international transport:</i></td><td style="text-align: center;">90 %</td><td style="text-align: center;">0 %</td></tr></tbody></table>		Udział grupy towarowej we wszystkich wykonywanych przewozach w ruchu krajowym	w ruchu międzynarodowym	Sprzęt AGD <i>Home appliances</i>	10 %		Inne towary/ <i>Other goods</i> ruch krajowy/ <i>domestic transport:</i> materiały budowlane, stal, materiały sypkie, ruch międzynarodowy / <i>international transport:</i>	90 %	0 %
	Udział grupy towarowej we wszystkich wykonywanych przewozach w ruchu krajowym	w ruchu międzynarodowym								
Sprzęt AGD <i>Home appliances</i>	10 %									
Inne towary/ <i>Other goods</i> ruch krajowy/ <i>domestic transport:</i> materiały budowlane, stal, materiały sypkie, ruch międzynarodowy / <i>international transport:</i>	90 %	0 %								
<b>4</b>	<b>Składka łączna/</b> <i>Premium:</i> <b>811,29 PLN</b> Sposób płatności/ <i>Payment type:</i> Przelew/ <i>Wire</i>									
<b>5</b>	<b>Oświadczenia</b> <p>1. Zgoda na udzielanie informacji o polisie osobom trzecim: tak.</p> <p>2. Oświadczenie o przebiegu ubezpieczenia OC przewoźnika drogowego w ruchu krajowym/ międzynarodowym: 1) w ciągu ostatniego roku liczba szkód wypłaconych wyniosła: 0 a łączna suma wypłat wyniosła: 0 PLN 2) w ciągu trzech ostatnich lat: liczba szkód wypłaconych wyniosła: 0 a łączna suma wypłat wyniosła: 0 PLN</p> <p>3. Oświadczam że, 1) liczba środków transportu wykorzystywana w działalności wynosi 4, 2) numery rejestracyjne środków transportu SK858LG, SK564MV, SK924RT, SK550SG, 3) numery rejestracyjne środków transportu SK858LG, SK564MV, SK924RT, SK550SG, 4) obroty: a) w ruchu krajowym za poprzedni rok wynosi 496 600,00 PLN, przewidywany obrót wynosi 200 000,00 PLN. 5) posiadam licencje i zezwolenia: TU-058229</p> <p>4. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.</p> <p>5. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem/am Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.</p> <p>6. Oświadczam, że otrzymałem/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych.</p> <p>7. Przekazano informację o administratorze danych osobowych, danych kontaktowych administratora oraz inspektora ochrony danych, celach i podstawie prawnej przetwarzania danych, okresie ich przechowywania, odbiorcach danych oraz prawach jakie przysługują podmiotowi danych, informację o niezbędności podania danych do przygotowania oferty oraz o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji. Informację udostępniono również pod adresem www.pzu.pl.</p> <p>8. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).</p> <p>9. <input type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).</p> <p>10. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.</p> <p>11. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA, w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.</p> <p>12. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust.1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.</p> <p>13. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.</p> <p>Pełne nazwy spółek: PZU SA – Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Życie SA – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PTE PZU SA – Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; TFI PZU SA – Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Pomoc SA – PZU Pomoc Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Zdrowie SA – PZU Zdrowie Spółka Akcyjna, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa; PZU CO SA – PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa; Link4 TU SA – Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa; PEKAO SA – Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa; Alior Bank SA – Alior Bank Spółka Akcyjna, ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa; TUW PZUW – Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Ogrodowa 58, 00-876 Warszawa. * <input checked="" type="checkbox"/> w polu oznacza zgodę</p>									
<b>6</b>	<b>Postanowienia dodatkowe lub odmienne</b> <b>Postanowienia dodatkowe do umowy/ów ubezpieczenia stwierdzonych niniejszą Polisa</b> 1. Do OWU mających zastosowanie do niniejszej umowy ubezpieczenia / umowy ubezpieczenia obowiązkowego wprowadza się postanowienie dodatkowe w brzmieniu: Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl. 2. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu OWU, które mają zastosowanie do tej umowy ubezpieczenia, na piśmie lub za zgodą Ubezpieczonego na innym trwałym nośniku. W przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone Ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową. Przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego. Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności.									

DSP/P/1047732187/9651/pc:100000318246721/BE20

**Potwierdzam dane kontaktowe:**

ROBERT GWÓDŹ GWÓDŹ-TRANSPORT-HANDEL

E-mail: info@gwozdz-wegiel.pl

Telefon/Phone: +4760459181501

Data zawarcia umowy: 10.02.2021 r.

Oświadczam, że niniejsza umowa ubezpieczenia spełnia moje wymagania i potrzeby przy uwzględnieniu wysokości składki jaką jestem skłonny/a zapłacić. Zawieram ją w wyniku mojej świadomej decyzji.




Podpis ubezpieczającego

ROBERT GWÓDŹ GWÓDŹ-TRANSPORT-HANDEL

Ubezpieczający

Podpis ubezpieczającego do polisy

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)

# OŚWIADCZENIA DO POLISY UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PRZEWOŹNIKA DROGOWEGO W RUCHU KRAJOWYM / MIĘDZYNARODOWYM

CARRIERS THIRD PARTY LIABILITY IN DOMESTIC / INTERNATIONAL TRANSPORT

Nr 1047732187



<b>1</b>	<b>Okres ubezpieczenia/ Period of insurance: od/ from 15.02.2021 do/ to 14.02.2022</b>												
<b>2</b>	<b>Ubezpieczający/ Policyholder: ROBERT GWÓZDŹ GWÓZDŹ-TRANSPORT-HANDEL</b> Adres siedziby/ Address: KRÓLOWEJ JADWIGI 7, 41-712 RUDA ŚLĄSKA E-mail: info@gwozdz-wegiel.pl      Telefon/Phone: +4760459181501 REGON: 277790220												
<b>3</b>	<b>Struktura przewożonych towarów</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Udział grupy towarowej we wszystkich wykonywanych przewozach w ruchu krajowym</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">w ruchu międzynarodowym</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sprzęt AGD <i>Home appliances</i></td> <td style="text-align: center;">10 %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inne towary/ <i>Other goods</i></td> <td style="text-align: center;">90 %</td> <td style="text-align: center;">0 %</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ruch krajowy/ <i>domestic transport</i>: materiały budowlane, stal, materiały sypkie, ruch międzynarodowy / <i>international transport</i>:</td> </tr> </tbody> </table>		Udział grupy towarowej we wszystkich wykonywanych przewozach w ruchu krajowym	w ruchu międzynarodowym	Sprzęt AGD <i>Home appliances</i>	10 %		Inne towary/ <i>Other goods</i>	90 %	0 %	ruch krajowy/ <i>domestic transport</i> : materiały budowlane, stal, materiały sypkie, ruch międzynarodowy / <i>international transport</i> :		
	Udział grupy towarowej we wszystkich wykonywanych przewozach w ruchu krajowym	w ruchu międzynarodowym											
Sprzęt AGD <i>Home appliances</i>	10 %												
Inne towary/ <i>Other goods</i>	90 %	0 %											
ruch krajowy/ <i>domestic transport</i> : materiały budowlane, stal, materiały sypkie, ruch międzynarodowy / <i>international transport</i> :													
<b>4</b>	<b>Składka łączna/ Premium: 811,29 PLN</b> Sposób płatności/ <i>Payment type</i> : Przelew/ <i>Wire</i>												
<b>5</b>	<b>Oświadczenia</b> <p>1. Zgoda na udzielanie informacji o polisie osobom trzecim: tak.</p> <p>2. Oświadczenie o przebiegu ubezpieczenia OC przewoźnika drogowego w ruchu krajowym/ międzynarodowym:</p> <p>1) w ciągu ostatniego roku liczba szkód wypłaconych wyniosła: 0 a łączna suma wypłat wyniosła: 0 PLN</p> <p>2) w ciągu trzech ostatnich lat: liczba szkód wypłaconych wyniosła: 0 a łączna suma wypłat wyniosła: 0 PLN</p> <p>3. Oświadczam że,</p> <p>1) liczba środków transportu wykorzystywana w działalności wynosi 4,</p> <p>2) numery rejestracyjne środków transportu SK858LG, SK564MV, SK924RT, SK550SG,</p> <p>3) numery rejestracyjne środków transportu SK858LG, SK564MV, SK924RT, SK550SG,</p> <p>4) obroty:</p> <p>a) w ruchu krajowym za poprzedni rok wynosi 496 600,00 PLN, przewidywany obrót wynosi 200 000,00 PLN.</p> <p>5) posiadam licencje i zezwolenia: TU-058229</p> <p>4. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.</p> <p>5. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem/am Dokument zawierający informację o produkcie ubezpieczeniowym.</p> <p>6. Oświadczam, że otrzymałem/am informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych.</p> <p>7. Przekazano informację o administratorze danych osobowych, danych kontaktowych administratora oraz inspektora ochrony danych, celach i podstawie prawnej przetwarzania danych, okresie ich przechowywania, odbiorcach danych oraz prawach jakie przysługują podmiotowi danych, informację o niezbędności podania danych do przygotowania oferty oraz o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji. Informację udostępniono również pod adresem <a href="http://www.pzu.pl">www.pzu.pl</a>.</p> <p>8. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).</p> <p>9. <input type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).</p> <p>10. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.</p> <p>11. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA, w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.</p> <p>12. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust.1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.</p> <p>13. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.</p> <p>Pełne nazwy spółek:          PZU SA – Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Życie SA – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PTE PZU SA – Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; TFI PZU SA – Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Pomoc SA – PZU Pomoc Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Zdrowie SA – PZU Zdrowie Spółka Akcyjna, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa; PZU CO SA – PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa; Link4 TU SA – Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa; PEKAO SA – Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa; Alior Bank SA – Alior Bank Spółka Akcyjna, ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa; TUW PZUW – Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Ogrodowa 58, 00-876 Warszawa.</p> <p>* <input checked="" type="checkbox"/> w polu oznacza zgodę</p>												
<b>6</b>	<b>Postanowienia dodatkowe lub odmienne</b> <b>Postanowienia dodatkowe do umowy/ów ubezpieczenia stwierdzonych niniejszą Polisa</b> <p>1. Do OWU mających zastosowanie do niniejszej umowy ubezpieczenia / umowy ubezpieczenia obowiązkowego wprowadza się postanowienie dodatkowe w brzmieniu:          Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: <a href="http://www.rf.gov.pl">www.rf.gov.pl</a>.</p> <p>2. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu OWU, które mają zastosowanie do tej umowy ubezpieczenia, na piśmie lub za zgodą Ubezpieczonego na innym trwałym nośniku. W przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone Ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową. Przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego. Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności.</p>												

DSP/P/1047732187/9651/pc:100000318246721/BE20

**Potwierdzam dane kontaktowe:**

ROBERT GWÓZDŹ GWÓZDŹ-TRANSPORT-HANDEL

E-mail: info@gwozdz-wegiel.pl

Telefon/Phone: +4760459181501

Data zawarcia umowy: 10.02.2021 r.

Oświadczam, że niniejsza umowa ubezpieczenia spełnia moje wymagania i potrzeby przy uwzględnieniu wysokości składki jaką jestem skłonny/a zapłacić. Zawieram ją w wyniku mojej świadomej decyzji.




Podpis ubezpieczającego

ROBERT GWÓZDŹ GWÓZDŹ-TRANSPORT-HANDEL

Ubezpieczający

Podpis ubezpieczającego do polisy

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)