



POLISA UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZAWODOWEJ

NR 1047270653



1	Okres ubezpieczenia: od 01.02.2024 r. do 31.01.2025 r.							
2	Ubezpieczający: BIURO RACHUNKOWE OSWOJONE PODATKI ANNA ŁACINNIK Adres siedziby: KAWALERZYSTÓW 17 m. 12-13, 53-004 WROCŁAW E-mail: BIURO@OSWOJONEPODATKI.PL	Telefon: +48603937676 REGON: 020921121						
3	Ubezpieczony: BIURO RACHUNKOWE OSWOJONE PODATKI ANNA ŁACINNIK Adres siedziby: KAWALERZYSTÓW 17 m. 12-13, 53-004 WROCŁAW E-mail: BIURO@OSWOJONEPODATKI.PL	Telefon: +48603937676 REGON: 020921121						
4	Zakres ubezpieczenia dobrowolnego	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Suma gwarancyjna</th> </tr> <tr> <th>Na jeden wypadek ubezpieczeniowy</th> <th>Na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Odpowiedzialność cywilna przedsiębiorcy prowadzącego obsługę kadrowo płacową (klauzula nr 40)</td> <td>50 000 PLN / 50 000 PLN</td> </tr> </tbody> </table>	Suma gwarancyjna		Na jeden wypadek ubezpieczeniowy	Na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe	Odpowiedzialność cywilna przedsiębiorcy prowadzącego obsługę kadrowo płacową (klauzula nr 40)	50 000 PLN / 50 000 PLN
Suma gwarancyjna								
Na jeden wypadek ubezpieczeniowy	Na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe							
Odpowiedzialność cywilna przedsiębiorcy prowadzącego obsługę kadrowo płacową (klauzula nr 40)	50 000 PLN / 50 000 PLN							
5	Składka łączna: 188,10 PLN	6						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jednorazowo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kwota w PLN</td> <td>188,10</td> </tr> <tr> <td>Termin płatności</td> <td>13.02.2024</td> </tr> </tbody> </table>		Jednorazowo	Kwota w PLN	188,10	Termin płatności	13.02.2024	Numer rachunku bankowego do zapłaty składki 39 1240 6960 3014 0110 0943 1231 W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1047270653
	Jednorazowo							
Kwota w PLN	188,10							
Termin płatności	13.02.2024							
7	Warunki ubezpieczenia	lipca 2018 r.						
	<ol style="list-style-type: none"> Do umowy ubezpieczenia dobrowolnego mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej ustalone uchwałą nr UZ/211/2016 z dnia 7 czerwca 2016 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 							
8	Oświadczenia							
	<ol style="list-style-type: none"> Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego. <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. 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. <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 połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR). <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, zobowiązuje się uaktualnić moje dane, dzięki którym będę otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Oświadczam, że otrzymałem/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych 	<p>osobowych.</p> <ol style="list-style-type: none"> <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 posiadał ubezpieczenia w tej firmie. <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). 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>* <input checked="" type="checkbox"/> w polu oznacza zgodę</p> <p>Pełne nazwy spółek: PZU SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Życie SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PTE PZU SA - Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; TFI PZU SA - Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Pomoc SA - PZU Pomoc Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Zdrowie SA - PZU Zdrowie Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU CO SA - PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; Link4 TU SA - Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa; PEKAO SA - Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, ul. Żubra 1, 01-066 Warszawa; Alior Bank SA - Alior Bank Spółka Akcyjna, ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa; TUW PZUW - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.</p>						
9	Postanowienia dodatkowe lub odmienne							
	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności www.rf.gov.pl</p> <ol style="list-style-type: none"> Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych postanowień umowy ubezpieczenia, strony postanawiają, że przed dniem płatności składki ubezpieczeniowej PZU SA wyśle e-mail na adres poczty elektronicznej, który ubezpieczający poda przy zawarciu tej umowy, z informacjami dotyczącymi płatności, w tym z linkiem, dzięki któremu ubezpieczający może opłacić składkę ubezpieczeniową. 						

1047270653/pc:100000537370048/BE20 PIN: 6911





Potwierdzam dane kontaktowe

BIURO RACHUNKOWE OSWOJONE PODATKI ANNA ŁACINNIK
E-mail: BIURO@OSWOJONEPODATKI.PL
Telefon: +48603937676

Dodatkowych informacji udzieli:

Agent Ubezpieczeniowy Małgorzata Pijanowska-Łucka
ul. BRANIBORSKA 14, 53-680 Wrocław
tel.: +48 601787732

Data zawarcia umowy: 30.01.2024 r.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń pozyskał ode mnie informacje w celu ustalenia moich potrzeb i wymagań co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej przy uwzględnieniu wysokości składki, jaką jestem skłonny/sklonna zapłacić.

Pieczęć i podpis ubezpieczającego

BIURO RACHUNKOWE OSWOJONE PODATKI ANNA
ŁACINNIK
Ubezpieczający

**BIURO RACHUNKOWE
OSWOJONE PODATKI**

Anna Łacinnik, certyfikat nr 32666/2008
ul. Kawalerzystów 17/13, 53-004 Wrocław
NIP 885-129-81-91, tel. 603 937 676

Pieczęć i 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)

1047270653/pc:10000537370048/BE20 PIN: 6911

801 102 102 pzu.pl

