Polisa Compensa Komunikacja

typ polisy: **22044,** numer: **4302128**
okres ubezpieczenia: **30.06.2021 r. godz. 00:00 - 29.06.2022 r. godz. 23:59**
pakiet: Taryfa Standard

POROZMAWIAJMY O UBEZPIECZENIACH

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

21100116699718

Dane Klienta

Ubezpieczający: właściciel, **DYNAMIX SP. Z O.O.**, REGON 472241011 PKD: 41.1
Dane adresowe: UL. DARNIOWA 64, 93-493 ŁÓDŹ

Ubezpieczony: właściciel, **DYNAMIX SP. Z O.O.**, REGON 472241011 PKD: 41.1
Dane adresowe: UL. DARNIOWA 64, 93-493 ŁÓDŹ

Twój Doradca Compensy
KATARZYNA WRZESIŃSKA
tel.: 503005708

Twój Oddział Compensy
Al. Marszałka Edwarda Smigłego–Rydza 20
93-281 Łódź
tel.: +48 (42) 637 75 62

Dane pojazdu

Samochód dostawczy, **TOYOTA Hilux TDi MR`07 E4 2.7t P**, poj. silnika: 2982 ccm, moc silnika: 171 KM, liczba miejsc: 5, rok produkcji: 2010, DMC: -, pierwsza rejestracja: 29.05.2010 r., stan licznika: 230 000 km, data następnego badania technicznego: 19.07.2021 r., kod pocztowy: 93-493, powiat: łódź
Numer rejestracyjny: **EL320RE**
Numer VIN: AHTFZ29G909045562
Wykorzystanie pojazdu: zwykłe
Pojazd sprowadzany z zagranicy: nie

Zakres ubezpieczenia

Ubezpieczenie	Suma ubezpieczenia	Zakres ochrony / wariant	Składka
OC	zgodnie z Ustawą	umowa kontynuowana, suma gwarancyjna na szkody: mienie 1,05 mln EUR/zdarzenie, osobowe 5,21 mln EUR/zdarzenie	1 189 zł

Płatności

Składka ogółem: **1 189 zł**
Sposób płatności składki: **przelew**
Tryb i termin płatności składki: **jednorazowa, I rata -** 30.06.2021 - 1 189 zł,
Konto bankowe do płatności składek: **66 1240 6957 7008 6300 4302 1281**

Potwierdzenie zawarcia ubezpieczenia OC
Confirmation of MTPL

COMPENSA VIENNA INSURANCE GROUP

Typ polisy:/*policy type:* **22044,** numer:/*no.* **4302128**
Okres ubezpieczenia:/*Conciuded from - to:*
30.06.2021 r. godz. 00:00 - 29.06.2022 r. godz. 23:59
Wysokość składki:/*Premium:* 1 189 zł

Dane pojazdu/*Vehicle data*
Marka, model:/*Make:* TOYOTA Hilux TDi MR`07 E4 2.7t
Numer rejestracyjny:/*Reg. number:* EL320RE
Numer nadwozia:/*VIN number:* AHTFZ29G909045562

Dane właściciela pojazdu/*Data of vehicle holder*
DYNAMIX SP. Z O.O.
UL. DARNIOWA 64,
93-493 ŁÓDŹ

Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group
Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
tel. +48 22 501 61 00

KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 526 02 14 686, Kapitał zakładowy 179.851.957,00 zł – opłacony w całości

Sumy gwarancyjne na jedno zdarzenie/sum guaranted
Szkody w mieniu/property: 1 050 000 EUR/zdarzenie
Szkody na osobie/casualty: 5 210 000 EUR/zdarzenie

AGENCJA UBEZPIECZENIOWA
mgr Ilony Skwarki
Katarzyna Wrzesińska
tel 42 63[illegible]8

KATARZYNA WRZESIŃSKA
tel.: 503005708

Zgłoszenie szkody i kontakt
www.compensa.pl
z tel. komórkowych: +48 22 501 61 00
z tel. stacjonarnych: 801 120 000

Telefon alarmowy w Polsce: 112

Sprawdź jak obsługujemy szkody komunikacyjne w Compensie

Wejdź na **www.compensa.pl** i kliknij na przycisk Zgłoszenie szkody lub skorzystaj z QR kodu obok

Polisa Compensa Komunikacja

typ polisy: **22044**, numer: **4302128**

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

Oświadczenia

Oświadczenia Ubezpieczającego - Obowiązkowe

1 Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.
[X] TAK [ ] NIE

Oświadczenia Ubezpieczającego - Dobrowolne

1 Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przetwarzane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), we własnych celach marketingowych, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia.
[ ] TAK [X] NIE

2 Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych takich jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości , we własnych celach marketingowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.
[ ] TAK [X] NIE

3 Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)
[ ] TAK [X] NIE

4 Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)
[ ] TAK [X] NIE

5 Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), oraz na ich przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.
[ ] TAK [X] NIE

6 Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), oraz na ich przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.
[ ] TAK [X] NIE

Oświadczam, że pojazd będzie kierowany wyłącznie przez osoby w wieku powyżej 25 lat [ ] TAK [X] NIE

Oświadczam, że pojazd będzie kierowany wyłącznie przez osoby w wieku powyżej 28 lat [ ] TAK [X] NIE

Oświadczenie dotyczące rzeczywistego płatnika

Ubezpieczający oświadcza, że sam finansuje koszt składki ubezpieczeniowej [X] TAK [ ] NIE

W przypadku zaznaczenia NIE - Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej.

Oświadczam, że powyższe informacje zostały podane zgodnie ze stanem faktycznym i według mojej najlepszej wiedzy. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku gdy podane informacje okażą się niezgodne z prawdą, ubezpieczyciel może zmniejszyć odszkodowanie, odmówić jego wypłaty lub zastosować dodatkowy udział własny. W ubezpieczeniu OC oraz AC w przypadku naliczenia składki z zastosowaniem zniżki dla osoby, która nie spełnia kryteriów do jej zastosowania, Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia różnicy pomiędzy składką należną a składką naliczoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia. Różnica obliczana jest za okres od dnia zawarcia umowy do końca okresu ubezpieczenia.

Do niniejszej umowy zastosowanie mają Ogólne warunki ubezpieczenia pojazdów – Compensa Komunikacja (22014, 22044), zatwierdzone przez Zarząd Compensa TU S. A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 11/08/2020 z dnia 17.08.2020 r. obowiązujące w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, których znajomość i odbiór przed zawarciem umowy ubezpieczenia potwierdzam.

Informacja o możliwości odstąpienia od umowy

Jeżeli umowa ubezpieczenia dobrowolnego jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń określił, na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, moje wymagania i potrzeby, w szczególności w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, oraz przekazał mi ustandaryzowany dokument zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że ustandaryzowany dokument ma charakter informacyjny i nie stanowi części zawartej umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że zawarta umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, zaś wszelkie rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w ustandaryzowanym dokumencie a treścią zawartej umowy ubezpieczenia zostały mi wyjaśnione i przeze mnie zaakceptowane.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 lub 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017, poz. 2486), a w szczególności poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Wezwanie pomocy Assistance +48 22 532 84 46

Zgłoszenie szkody i kontakt
www.compensa.pl
Tel.:+48 22 501 61 00, 801 120 000
Telefon alarmowy w Polsce: 112

Uwaga! Udział własny, o którym mowa w Rozdziale II par. 4 ust. 2 pkt 2) OWU, ma zastosowanie, jeśli pojazd jest własnością osoby fizycznej lub jest użytkowany przez osobę fizyczną na podstawie umowy leasingu.

Oświadczenie pośrednika ubezpieczeniowego

Oświadczam, że zapoznałem osoby zainteresowane zawarciem umowy ubezpieczenia z dokumentem Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych. [X] TAK [ ] NIE

AGENT UBEZPIECZENIOWA
mgr Ewa Szwarc
Katarzyna Wrzesińska
tel. 42 630 15 78

(Podpis pośrednika ubezpieczeniowego)

Uwagi do polisy i postanowienia dodatkowe

brak uwag do polisy

ŁÓDŹ, 16.06.2021

KATARZYNA WRZESIŃSKA, numer 65441/6
Jednostka organizacyjna 511/000/00000/65441

Czytelny podpis Ubezpieczającego