

ORYGINAŁ

POLISA NR : 908509883119

**UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ
PRZEWÓZNIKA DROGOWEGO W RUCHU MIĘDZYNARODOWYM**

AU v. 4.3.4.0

WRT v. 02/01/13

WARTAXXXXXXX

WZNOWIENIE * **ROZSZERZENIE *** **UMOWA NR:** 908502352695

Na podstawie wniosku z dnia: **2013-01-10** Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia w oparciu o obowiązujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Operatora Transportowego zwane dalej (OWU) stanowiące załącznik do niniejszej polisy. Symbol statystyczny ryzyka: **10/84**

UBEZPIECZAJĄCY: **IDENTYFIKATOR:**
Nazwisko i imię / nazwa: LIS-TRANS DAMIAN LISIEWICZ, REGON : 300128417
Adres / siedziba: 64-200 WOLSZTYN ADAMOWO 29

UBEZPIECZONY: **IDENTYFIKATOR:**
Nazwisko i imię / nazwa: LIS-TRANS DAMIAN LISIEWICZ, REGON : 300128417
Adres / siedziba: 64-200 WOLSZTYN ADAMOWO 29

Okres ubezpieczenia od dnia: **2013-01-19** do dnia: **2014-01-18**
Rok Miesiąc Dzień Rok Miesiąc Dzień

ZAKRES TERYTORIALNY PRZEWÓZÓW: **EUROPA**

ZAKRES UBEZPIECZENIA: zgodnie z OWU § 4 Suma ubezpieczenia na każde zdarzenie: **200.000** USD

Słownie: **dwieście tys. 0/100 USD**

Franszyza redukcyjna w każdej szkodzi: **400,00** USD

ROZSZERZENIE ZAKRESU UBEZPIECZENIA O KLAUZULE Nr: **1;**

POSTANOWIENIA DODATKOWE:

Składka do zapłacenia: **5.024,00** PLN

Słownie: **pięć tys. dwadzieścia cztery 0/100 zł**

Składka płatna: **JEDNORAZOWO *** **Data płatności:** **1*** **XXXXXX** **2*** **XXXXXX** **3*** **XXXXXX** **4*** **XXXXXX**
XIXX XXACH * **Kwota raty:** **XXXX** **XXXX** **XXXX** **XXXX**

Forma płatności: **GOTÓWKA *** **XXXXXX XXXX**

SKŁADKĘ * **XXXX** **ZAINKASOWANO ***

Ubezpieczający oświadcza, że otrzymał aktualnie obowiązujące OWU ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ OPERATORA TRANSPORTOWEGO TUIR „WARTA” S.A. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A., ul. Chmielna 85/87, 00-805 Warszawa, Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydz. Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego nr KRS 0000016432; NIP 521-04-20-047; Wysokość kapitału zakładowego: 151 976 570,00 zł opłacony w całości.

WOLSZTYN **dn. 2013-01-10** **Wielkopolski**
Miejscowość i data Podpis ubezpieczającego Oddział

USŁUGI UBEZPIECZENIOWE
Dariusz Lichocki
64-200 Wolsztyn, Niatek Wielki 40
Podpis i pieczęć wystawiającego
Biuro: Urząd Gminy Siedlec
tel./fax: 24 384 84 88, kom. 0600 325 287