



**POLISA UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ  
PRZEWOŹNIKA DROGOWEGO W RUCHU KRAJOWYM / MIĘDZYNARODOWYM**  
CARRIERS THIRD PARTY LIABILITY IN DOMESTIC / INTERNATIONAL TRANSPORT  
Nr 1041669128



**1 Okres ubezpieczenia/** *Period of insurance:* od/ from **06.07.2022** do/ to **05.07.2023**

**2 Ubezpieczający/** *Policyholder:* **PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE "ANT-MAR" - ANTONI SZEWCZYK**  
Adres siedziby/ *Address:* ADAMÓWKA 177, 37-534 ADAMÓWKA  
E-mail: biuro@ant-mar.pl  
Telefon/Phone: +48695432970  
REGON: 651052079

**3 Ubezpieczony/** *Insured:* **PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE "ANT-MAR" - ANTONI SZEWCZYK**  
Adres siedziby/ *Address:* ADAMÓWKA 177, 37-534 ADAMÓWKA  
E-mail: biuro@ant-mar.pl  
Telefon/Phone: +48695432970  
REGON: 651052079

<b>Zakres ubezpieczenia</b> <i>Scope of coverage</i>		<b>Ruch krajowy</b> <i>Domestic transport</i>	<b>Ruch międzynarodowy</b> <i>International transport</i>
Suma gwarancyjna na jeden i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe <i>Sum insured per all insured events in the insurance period</i>		300 000 EUR	
<b>Klauzule rozszerzające zakres ubezpieczenia</b> <i>Coverages</i>			
<b>4</b>	Przewóz towarów niebezpiecznych (klauzula nr 1) <i>Dangerous goods clause (ADR)</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rozbój (klauzula nr 2) <i>Robbery clause</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Szkody w paletach, platformach i kontenerach (klauzula nr 5) <i>Palettes, platforms and containers 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"/>	<input type="checkbox"/>
		Suma gwarancyjna 20 000 PLN <i>Sum insured</i>	<input type="checkbox"/>

<b>Franszyza redukcyjna/</b> <i>Deductible</i>		<b>Ruch krajowy</b> <i>Domestic transport</i>	<b>Ruch międzynarodowy</b> <i>International transport</i>
<b>5</b>	Franszyza podstawowa <i>Basic deductible</i>	200 EUR	

**6 Zniżki i zwwyżki składki**  
Zniżka UW

**7 Numer rachunku bankowego PZU SA do zapłaty składki/** *Bank account number*  
05 1240 6960 3014 0110 0020 2972  
(W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1041669128/ *Title of transfer should include Policy Number: Nr 1041669128*)

**8 Składka łączna/** *Premium:* **1 520,53 PLN**  
Składka została opłacona w całości.  
**Zapłacono gotówką/** *Paid:* **1 520,53 PLN**

**9 Warunki ubezpieczenia**  
1. Id \* 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.  
\*  w polu oznacza zgodę

**10 Oświadczenia**

1. Zgoda na udzielenie 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 zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.  
4. Oświadczam, że otrzymałem/am informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych.  
5.  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).  
6. 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 automatyzowanym podejmowaniu decyzji. Informację udostępniono również pod adresem www.pzu.pl.  
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 posiadał 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, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywał 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 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

1041669128/pc:100000418820850/BE20 PIN: 8907





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.  
\* ☑ w polu oznacza zgodę

### Postanowienia dodatkowe lub odmienne

11

- 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).
- W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany

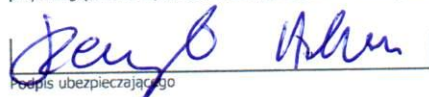
jest doreczyć Ubezpieczonemu OWU, które mają zastosowanie do tej umowy ubezpieczenia, na piśmie lub za zgodą Ubezpieczonego na innym trwałym nośniku. W przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doreczone 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.

### Potwierdzam dane kontaktowe:

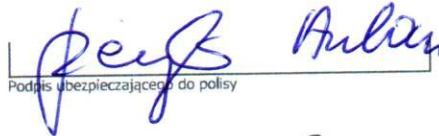
PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE "ANT-MAR" - ANTONI SZEWCZYK  
E-mail: [biuro@ant-mar.pl](mailto:biuro@ant-mar.pl)  
Telefon/Phone: +48695432970

Data zawarcia umowy: 04.07.2022 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.

  
Podpis ubezpieczającego

PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE  
"ANT-MAR" - ANTONI SZEWCZYK  
Ubezpieczający

  
Podpis Ubezpieczającego do polisy

Przedsiębiorstwo Wielobranżowe  
"ROMAN"  
Grzegorz Szewczyk  
37-534 Adamówka 177  
NIP 794-000-01-17, P-651052079  
Pieczęć i podpis Ubezpieczającego PZU SA  
Regon 180780343

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

Przedsiębiorstwo Wielobranżowe  
"ANT - MAR"  
Antoni Szewczyk  
37-534 ADAMÓWKA 177  
NIP 794-000-01-17, P-651052079  
tel./fax(16) 622 75 48 kom. 695 432 970

1041669128/pc:100000418820850/BE20 PIN: 8907

 **801 102 102 pzu.pl**

DSPPRZE/22GSA\_01/20220704.1128/proddppu02-219578712.3/FILE/pc:100000418820850

2/2





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

CARRIERS THIRD PARTY LIABILITY IN DOMESTIC / INTERNATIONAL TRANSPORT

Nr 1041669128

**1 Okres ubezpieczenia/ Period of insurance: od/ from 06.07.2022 do/ to 05.07.2023**

**2 Ubezpieczający/ Policyholder: PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE "ANT-MAR" - ANTONI SZEWCZYK**

Adres siedziby/ Address: ADAMÓWKA 177, 37-534 ADAMÓWKA  
E-mail: biuro@ant-mar.pl

Telefon/Phone: +48695432970

REGON: 651052079

## Struktura przewożonych towarów

Udział grupy towarowej we wszystkich wykonywanych przewozach  
w ruchu krajowym w ruchu międzynarodowym

Wyroby alkoholowe pozostałe <i>Alcohol goods - other</i>	5 %	
Wyroby alkoholowe – wysokoprocentowe (powyżej 20% zawartości alk.) <i>Alcohol goods - spirits (over 20% of alcohol)</i>	5 %	
Sprzęt elektroniczny – telewizory, komputery, aparaty fotograficzne, telefony komórkowe, audio Hi-Fi <i>Electrical equipment - tv sets, comuters, cameras, cell phones, hi-fi audio</i>	5 %	
Wyroby tytoniowe <i>Tobacco Products</i>	5 %	
Art. spożywcze – pozostałe <i>Groceries - other</i>	5 %	
Sprzęt AGD <i>Home appliances</i>	5 %	
Materiały niebezpieczne (ADR) <i>Dangerous Goods (ADR)</i>	1 %	
Inne towary/ <i>Other goods</i> ruch krajowy/ <i>domestic transport</i> : PALETY, MATERIAŁY BUDOWLANE ruch międzynarodowy / <i>international transport</i> :	69 %	0 %

**4 Składka łączna/ Premium: 1 520,53 PLN**

Sposób płatności/ *Payment type*: Gotówka/ *Cash*  
Składka została opłacona w całości.

## Oświadczenia

- Zgoda na udzielanie informacji o polisie osobom trzecim: tak.
- Oświadczenie o przebiegu ubezpieczenia OC przewoźnika drogowego w ruchu krajowym/ międzynarodowym:
  - w ciągu ostatniego roku liczba szkód wypłaconych wyniosła: 0 a łączna suma wypłat wyniosła: 0 PLN
  - w ciągu trzech ostatnich lat: liczba szkód wypłaconych wyniosła: 0 a łączna suma wypłat wyniosła: 0 PLN
- Oświadczam że,
  - liczba środków transportu wykorzystywana w działalności wynosi 4,
  - numery rejestracyjne środków transportu RPZ50251, RZ351CF, RPZ31215, RPZ27671,
  - numery rejestracyjne środków transportu RPZ50251, RZ351CF, RPZ31215, RPZ27671,
  - obrotu:
    - w ruchu krajowym za poprzedni rok wynosi 350 000,00 PLN, przewidywany obrót wynosi 400 000,00 PLN.
  - posiadam licencje i zezwolenia: licencja transportowa nr 0000340
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem/am Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
- Oświadczam, że otrzymałam/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych.
- \* 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).
- 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.
- \* 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).
- \* 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.
- \* 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.
- \* 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 uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
- 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.

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, ul. 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.

\*  w polu oznacza zgodę

1041669128/pc:100000418820850/BE20 PIN: 8907

## Postanowienia dodatkowe lub odmienne

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.

### Potwierdzam dane kontaktowe:

PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE "ANT-MAR" - ANTONI SZEWCZYK  
E-mail: [biuro@ant-mar.pl](mailto:biuro@ant-mar.pl)  
Telefon/Phone: +48695432970

Data zawarcia umowy: 04.07.2022 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/skłonna zapłacić.

  
Podpis ubezpieczającego

PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE  
"ANT-MAR" - ANTONI SZEWCZYK  
Ubezpieczający

  
Podpis Ubezpieczającego do polisy

Przedsiębiorstwo Wielobranżowe  
"ROMAN"  
Grzegorz Szewczyk  
37-534 Adamówka 177  
NIP 792-182-600-868  
Pieczęć i podpis przedsiębiorcy  
28-20 Regon 180780343

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

Przedsiębiorstwo Wielobranżowe  
"ANT - MAR"  
Antoni Szewczyk  
37-534 ADAMÓWKA 177  
NIP 794-000-01-17, P-651052079  
tel./fax(16) 622 75 48 kom. 695 432 970