POLISA NR TTS00006347

Umowa generalna PZU nr: 561114

1 **Okres ubezpieczenia: od 17.01.2023 r. do 16.01.2024 r.**

2 **Ubezpieczający:** **OKULSCY KSIĘGOWOŚĆ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** REGON: 012340070

Adres siedziby: ul. ZYGMUNTA SŁOMIŃSKIEGO 17/41, 00-195 WARSZAWA

E-mail: marzena.plochocka@okulscy.com.pl Telefon: 660572316

3 **Ubezpieczony:** **OKULSCY KSIĘGOWOŚĆ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** REGON: 012340070

Adres siedziby: ul. ZYGMUNTA SŁOMIŃSKIEGO 17/41, 00-195 WARSZAWA

E-mail: Telefon:

4 **Zakres ubezpieczenia obowiązkowego**

	Suma gwarancyjna	
	Na jedno zdarzenie	Na wszystkie zdarzenia
Odpowiedzialność cywilna przedsiębiorcy prowadzącego usługowo księgi rachunkowe.	10 000 EUR	

Suma gwarancyjna jest ustalana przy zastosowaniu średniego euro ogłoszonego przez NBP po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.

5 **Zakres ubezpieczenia nadwyżkowego**

	Suma gwarancyjna	
	Na jedno zdarzenie	Na wszystkie zdarzenia
Odpowiedzialność cywilna przedsiębiorcy prowadzącego usługowo księgi rachunkowe (kl.51)	750 000 PLN	750 000 PLN

- Rozszerzenie zakresu o szkody wyrządzone przez podwykonawców z zachowaniem prawa do regresu, limit do wysokości sumy gwarancyjnej (kl.14)
- Rozszerzenie zakresu o szkody wyrządzone w dokumentach, limit do wysokości sumy gwarancyjnej (kl.61)

6 **Zakres ubezpieczenia dobrowolnego**

	Suma gwarancyjna	
	Na jedno zdarzenie	Na wszystkie zdarzenia
Odpowiedzialność cywilna przedsiębiorcy prowadzącego obsługę kadrowo-płacową (kl.40)	500 000 PLN	500 000 PLN

- Rozszerzenie zakresu o szkody wyrządzone przez podwykonawców z zachowaniem prawa do regresu, limit do wysokości sumy gwarancyjnej (kl.14)
- Rozszerzenie zakresu o szkody wyrządzone w dokumentach, limit do wysokości sumy gwarancyjnej (kl.61)

7 **Zakres ubezpieczenia dobrowolnego**

	Suma gwarancyjna	
	Na jedno zdarzenie	Na wszystkie zdarzenia
Odpowiedzialność cywilna z tytułu wykonywania określonych czynności doradztwa podatkowego (kl.78)	200 000 PLN	200 000 PLN

- Rozszerzenie zakresu o szkody wyrządzone przez podwykonawców z zachowaniem prawa do regresu, limit do wysokości sumy gwarancyjnej (kl.14)
- Rozszerzenie zakresu o szkody wyrządzone w dokumentach, limit do wysokości sumy gwarancyjnej (kl.61)

8 Składka łączna: 3 252,00 PLN

Rata	1	2	3	4
Kwota w PLN	813,00	813,00	813,00	813,00
Termin płatności	19.01.2023 r.	17.04.2023 r.	17.07.2023 r.	17.10.2023 r.

9 **Numer rachunku bankowego do zapłaty składki**

Pekao S.A. 86 1240 6292 1111 0011 1513 3555 tytułem: polisa TTS00006347

10 **Warunki ubezpieczenia**

Do umowy obowiązkowego ubezpieczenia ma zastosowanie: (1) Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 06.11.2014r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przedsiębiorców wykonujących działalność z zakresu usługowego prowadzenia ksiąg rachunkowych (Dz.U. 19 listopada 2014r. Poz. 1616). (2) Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej ustalone uchwałą nr UZ/211/2016 z dnia 7 czerwca 2016 r., Zarządu PZU S.A. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

11 **Postanowienia dodatkowe**

Polisa została zawarta na warunkach umowy generalnej nr 561114

12 **Oświadczenia**

[X] 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

[X] Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałam(em) informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego

[ ] 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 oraz 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 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).

[X] Oświadczam, że otrzymałam/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych.

[X] 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.

[X] Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem/am dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym do każdego produkti, a dla umów dobrowolnych także Ogólne Warunki Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej ustalone uchwałą nr UZ/211/2016 z dnia 7 czerwca 2016 r., Zarządu PZU S.A. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

* [X] w polu oznacza zgodę

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 - Powszechne 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;.

13 **Postanowienia odmienne lub dodatkowe do umowy/ów ubezpieczenia stwierdzonych niniejszą polisą**

Postanowienia dodatkowe do umowy/ów ubezpieczenia stwierdzonych niniejszą Polisą.

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.

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.

Data zawarcia umowy: 12.01.2023r.

Podpis przedstawiciela PZU S.A.

UBEZPIECZENIA KOPEĆ SP. Z O.O.
ul. Powstańców Śl. 20A, 01-381 Warszawa
NIP:5223221835 REGON:521557044
KRS: 0000962082
tel. (22) 665 96 45 / tel. (22) 665 94 02
Tel. kom. 602 336 716