

Polisa/ Policy HP 903013843348
ORYGINAŁ/ ORIGINAL



EHM01010609081312



903013843348

Okres ubezpieczenia/ Insurance period
od/ from 2021-09-13 00:00 do/ to 2021-09-16 24:00

Ubezpieczający/ Policy holder

nazwa/ business name **GMINA MIASTO RZESZÓW – URZĄD MIASTA RZESZOWA, NIP: 8130008613, REGON: 690581353**
dane kontaktowe/ mailing address **35-064 RZESZÓW, UL. RYNEK 1**

Produkt ubezpieczeniowy/ Insurance product

wariant ubezpieczenia/ insurance option **PEŁNY/ FULL**
zakres terytorialny/ zone **CAŁY ŚWIAT/ WORLDWIDE**
forma umowy/ form of agreement **KRÓTKOTERMINOWA / SHORT-TERM**

Osoby ubezpieczone i sumy ubezpieczenia/ Insured persons and sums insured

Lp./ Order	Imię i nazwisko, PESEL/ Name and surname, PESEL No	Rozszerzenia Ochrony/ Cover Extensions	Koszty leczenia i Assistance / Medical Care and Assistance Costs [PLN]	NNW / Accident [PLN]	Odpowiedzialność Cywilna / Personal liability [PLN]	Bagaż / Luggage [PLN]	Sprzęt sportowy / Sports equipment [PLN]	Składka / Premium [PLN]
1	KLAUDIA KOŁCZ, PESEL: 94100803681		500 000	30 000	1 000 000	5 000	---	50,00
RAZEM DO ZAPŁATY/ TOTAL PREMIUM								50

Symbole OWU/ The symbol of the General Insurance Terms and Conditions

Umwowę ubezpieczenia zawarto na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Hestia Podróże o symbolu: ABC-HP-01/18 z zastosowaniem klauzul określonych poniżej - stanowiących integralną część umowy/ The insurance contracts has been concluded on the basis of the Hestia Travel General Terms and Conditions of Insurance with symbol: ABC-HP-01/18, using clauses specified below - constituting an integral part of the agreement

Płatności/ Payment

nr konta/ account number **86 1240 6960 6013 9030 1384 3348**
terminy i kwoty płatności/ payment dates and amounts **2021-09-12, 50 PLN**
Wybrany sposób płatności: przelew/ Form of payment: transfer.

Informacje dodatkowe/ Additional information

Klauzule dodatkowe/ Additional clauses: Płatnik: Urząd Miasta Rzeszowa – Wydział Promocji i Współpracy Międzynarodowej Ul. Rynek 11, 35 – 064 Rzeszów

Oświadczenie Ubezpieczającego/ Policy-holder's statement






Oświadczam, że/ I declare that:
- zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej administratora, stanowiącej załącznik do polisy/ I have read the controller's information clause attached as appendix to the policy;
- zostało mi okazane i zapoznałem się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia umowy ubezpieczenia w imieniu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie (dalej zwanej Spółką)/ I have been presented and I have read the contents of the power of attorney to contract insurance on behalf of the Sopot Insurance Company Ergo Hestia SA Sopot (hereinafter referred to as the Company);
- przed zawarciem umowy otrzymałem tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wraz z klauzulami dodatkowymi, na podstawie których umowę zawarto oraz zapoznałem się z nimi i zaakceptowałem ich treść/ before concluding the contract, I received the text of the General Terms and Conditions of Insurance with additional clauses on the basis of which the contract is concluded, and I have read them and accepted their contents;
- podane we wniosku elektronicznym dane są zgodne z prawdą i podane zostały według mojej najlepszej wiedzy/ the data specified in the electronic application form are accurate and have been given to the best of my knowledge.
Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor/ I hereby declare that, before concluding the insurance contract, the distributor:
- zbadał i określił moje wymagania oraz potrzeby ubezpieczeniowe/ examined and specified my insurance-related requirements and needs;
- przekazał mi w zrozumiałej formie, jako ustandaryzowany dokument, wymagane ustawowo obiektywne informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym/ provided me, in a comprehensible form, in a standardised document, with statutory objective information about the proposed insurance product;
- udostępnił mi dokument pełnomocnictwa udzielonego dystrybutorowi przez ubezpieczyciela oraz przekazał mi wymagane ustawowo informacje o dystrybutorze/ made the power of attorney granted to the distributor by the insurer available to me and provided me with statutory information about the distributor.

RZESZÓW, 2021-09-10
data i miejsce zawarcia umowy ubezpieczenia/
date and place of the insurance contract

podpis Ubezpieczającego/
Policy-holder's signature

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń
podpis Ubezpieczyciela/
Insurer's signature

FHU NATALIA Orzech Marta
35-326 Rzeszów, ul. Rejtana 51a
tel. +48 60 7 270 700

 dom i mieszkanie	 samochód	 podróże	 życie i zdrowie	 biznes
<div>Hestia 1 Pakiet ubezpieczeniowy</div> <div>Hestia 7 Pakiet ubezpieczeniowy</div> <div>ERGO 7</div> <div> Dom i mieszkanie Dom w budowie Domek letniskowy </div>		<div>Hestia Podróże</div>	<div>Altima</div> <div>Aspira</div> <div>Hestia Razem</div>	<div>Hestia Biznes</div> <div> Ubezpieczenia transportowe Ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej Ubezpieczenia maszyn </div>

Zgłoś szkodę przez:



Telefon: 801 107 107 lub +48 58 555 55 55
Formularz kontaktowy: www.ergohestia.pl

W razie potrzeby zawiadom właściwe służby:



112 – Europejski numer alarmowy
997 – Policja
998 – Straż Pożarna
999 – Pogotowie Ratunkowe

Faktura (polska ubezpieczeniowa) za ubezpieczenie
podróży służbowej w związku z udziałem
w Kick-off Meeting organizowany w ramach
projektu Tech Revolution 2.0 z programem DRBACT
w terminie 13-16.09.21 w Berlinie w
Wielkiej Brytanii.

Łotka Klaudia

AKCEPTACJA MERYTORYCZNA

I. Potwierdzam dokonanie wydatku

w sposób: legalny, celowy i oszczędny.

II. Wydatek zaplanowano w budżecie roku

poza budżetem (*): fundusze, sumy na zlecenie,
depozytowe, inne

Wydziału: WPM

Nazwa zadania w budżecie

Współpraca zaprawnicza

Dział 750

Rozdział 15055

Kategoria zadań: GRB, PWB, GZB, PZB, PRP, PZP, GRP, GZP

Inne (*)

\$ 4480 kwota: 50 zł

\$ kwota: zł

\$ kwota: zł

III. Wydatek dokonany w trybie:

1. Prawo zamówień publicznych:

Numer umowy

2. Zwolnione ze stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych.

Numer umowy / zamówienia*

zamówienie telefoniczne

IV. Wydatek dotyczy / nie dotyczy (*) czynności podlegających opodatkowaniu VAT.

V. Termin zapłaty opłacone ze środków

Własności K. Kotar

Data 24.09.21

ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU
Promocji i Współpracy Władz samorządowej

Data

* - niepotrzebne skreślić

