



1	Okres ubezpieczenia: od 19.09.2025 r. do 18.09.2026 r.	
2	Ubezpieczający: REKURENCJA.COM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Adres siedziby: UL. STEFANII SEMPOŁOWSKIEJ 19, 43-300 BIELSKO-BIAŁA E-mail: Nieustalony	REGON: 385496310 Telefon: Klient odmówił
3	Ubezpieczony: REKURENCJA.COM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Adres siedziby: UL. STEFANII SEMPOŁOWSKIEJ 19, 43-300 BIELSKO-BIAŁA E-mail: Nieustalony	REGON: 385496310 Telefon: Klient odmówił
4	Zakres ubezpieczenia Odpowiedzialność cywilna w związku z prowadzoną działalnością lub posiadanym mieniem. Odpowiedzialność cywilna za produkt – w zakresie. Odpowiedzialność cywilna najemcy nieruchomości – wyłączone z zakresu. Odpowiedzialność cywilna najemcy ruchomości – wyłączone z zakresu. Ubezpieczona działalność wraz z PKD: • Działalność agencji reklamowych (73.11.Z) • Działalność związana z zarządzaniem urządzeniami informatycznymi (62.03.Z) • Działalność portali internetowych (63.12.Z) • Pośrednictwo w sprzedaży miejsca na cele reklamowe w mediach elektronicznych (Internet) (73.12.C) • Działalność związana z doradztwem w zakresie informatyki (62.02.Z) • Badanie rynku i opinii publicznej (73.20.Z) • Wykonywanie instalacji elektrycznych (43.21.Z) • Działalność związana z oprogramowaniem (62.01.Z) • Przetwarzanie danych (63.11.Z) Suma gwarancyjna Na jeden wypadek ubezpieczeniowy i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe Franszyza redukcijna: 5%, nie mniej niż 500 PLN Zakres podstawowy OC za produkt	
5	Składka łączna: 1 203,10 PLN Jednorazowo Kwota w PLN 1 203,10 Termin płatności 02.10.2025	6 Numer rachunku bankowego do zapłaty składki 14 1240 6960 3014 0110 4080 5652 W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1099178603
7	Warunki ubezpieczenia 1. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ogólnej, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/31/2025 z dnia 11 marca 2025 r.	
8	Oświadczenia 1. Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ogólnej, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/31/2025 z dnia 11 marca 2025 r. oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. 2. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.	
9	Postanowienia dodatkowe lub odmienne 1. 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. 2. Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności. 3. Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych postanowień umowy ubezpieczenia, strony postanawiają, że przed dniem płatności składki ubezpieczeniowej PZU SA wyśle e-mail na adres poczty elektronicznej, który ubezpieczający podał przy zawarciu tej umowy, z informacjami dotyczącymi płatności, w tym z linkiem, dzięki któremu ubezpieczający może opłacić składkę ubezpieczeniową.	

Potwierdzam dane kontaktowe

REKURENCJA.COM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

E-mail: Nieustalony

Telefon: Klient odmówił

Dodatkowych informacji udzieli:

BESKIDZKA IZBA LEKARSKA

ul. KRASIŃSKIEGO 28, 43-300 BIELSKO-BIAŁA

tel.: +48 000000000

Data zawarcia umowy: 18.09.2025 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

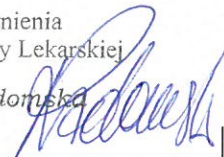
REKURENCJA.COM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Ubezpieczający

Podpis ubezpieczającego do polisy

z upoważnienia
Beskidzkiej Izby Lekarskiej

Agata Radomska



Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA

**801 102 102 lub (or) +48 22 566 55 55 pzu.pl**

w przypadku awarii lub wypadku (in case of accident)

AGENCJA UBEZPIECZENIOWA
BESKIDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ
43-300 BIELSKO-BIAŁA
ul. Bystrzańska 23
Tel. 660 682 881
NIP 5471020111 REGON 006212766