

POLISA UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZAWODOWEJ
Numer polisy 1041597801



1 Okres ubezpieczenia: od 04.07.2024 r. do 03.07.2025 r.

2 Ubezpieczający: NEOFIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA

Adres siedziby: SŁĄSKA 35-37 m. BUDYNEK A 2 PIĘTRO SEKTOR C, 81-310 GDYNIA
E-mail: Nieustalony

Telefon: +48502557788

REGON: 368573096

3 Ubezpieczony: NEOFIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA

Adres siedziby: SŁĄSKA 35-37 m. BUDYNEK A 2 PIĘTRO SEKTOR C, 81-310 GDYNIA
E-mail: Nieustalony

Telefon: +48502557788

REGON: 368573096

Zakres ubezpieczenia dobrowolnego

| 4 | Odpowiedzialność cywilna przedsiębiorcy wykonującego określone czynności doradztwa podatkowego (klauzula nr 78) | Suma gwarancyjna | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| | | Na jeden wypadek ubezpieczeniowy | Na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe |
| | | 1 000 000 PLN | 1 000 000 PLN |

5 Składka łączna: 1 814,81 PLN

| Kwota w PLN | 455,81 | 453,00 | 453,00 | 453,00 |
|------------------|----------|----------|----------|----------|
| Termin płatności | 15.07.24 | 15.10.24 | 15.01.25 | 15.04.25 |

6 Numer rachunku bankowego do zapłaty składki

25 1240 6960 3014 0110 1919 2399

W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1041597801

7 Warunki ubezpieczenia

1. Do umowy ubezpieczenia dobrowolnego mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej ustalone uchwałą nr UZ/211/2016 z dnia 7 czerwca 2016 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6

lipca 2018 r.

8 Oświadczenia

1. Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej 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.

Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności.

2. 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

NEOFIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA
E-mail: Nie ustalono
Telefon: +48502557788

Dodatkowych informacji udzieli:

Siemianowski Hubert
ul. CYPRIANA KAMILA NORWIDA 4, 80-280 GDAŃSK
E-mail: h.siemianowski@ubezpieczalnia24.pl
tel.: +48 797230301

Data zawarcia umowy: 04.07.2024 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.

NEOFIN
Spółka komandytowa
ul. Śląska 35/37, 81-310 Gdynia
NIP 586-232-59-91 REGON 368573096
KRS 00070502
Pieczęć i podpis ubezpieczającego

WICEPREZES ZARZĄDU
PREZES ZARZĄDU
Pieczęć i podpis ubezpieczającego do polisy

UBEZPIECZALNIA
Garnizon - biurowiec Gamma
80-280 Gdańsk, ul. Norwida 4
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)

DSP/P/1041597801/6837/pc:100000570275871/BE20

**OŚWIADCZENIA DO POLISY UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
CYWILNEJ ZAWODOWEJ**
Numer polisy 1041597801



1 Okres ubezpieczenia: od 04.07.2024 r. do 03.07.2025 r.

2 Ubezpieczający: NEOFIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA
Adres siedziby: SŁĄSKA 35-37 m. BUDYNEK A 2 PIĘTRO SEKTOR C, 81-310 GDYNIA
E-mail: Nieustalony Telefon: +48502557788

REGON: 368573096

3 Składka łączna: 1 814,81 PLN
Sposób płatności: Przelew

Oświadczenia

- 4**
- Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
 - Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.
 - Oświadczenie o przebiegu ubezpieczenia OC w związku z prowadzoną działalnością lub posiadanym mieniem:

- w ciągu ostatniego roku liczba szkód wypłaconych wyniosła: 0, a łączna suma wypłat wyniosła: 0,00 zł
- w ciągu trzech ostatnich lat: liczba szkód wypłaconych wyniosła: 0, a łączna suma wypłat wyniosła: 0,00 zł

Postanowienia dodatkowe lub odmienne

- 5**
- 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.

- 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

NEOFIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA
E-mail: Nie ustalono
Telefon: +48502557788

Dodatkowych informacji udzieli:

Siemianowski Hubert
ul. CYPRIANA KAMILA NORWIDA 4, 80-280 GDAŃSK
E-mail: h.siemianowski@ubezpieczalnia24.pl
tel.: +48 797230301

Data zawarcia umowy: 01.07.2024 r.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń pozostał ode mnie informacje w celu ustalenia moich potrzeb i wymagań co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej przy uwzględnieniu wysokości składki, jaką jestem skłonny/skłonna zapłacić.



NEOFIN
Spółka komandytowa
ul. Słaska 35/37, 81-310 Gdynia
NIP 580 20 00 001 REGON 368573096
KRS 0000700502

Pieczęć i podpis ubezpieczającego

PREZES ZARZĄDU
WICEPREZES ZARZĄDU
KONTRAKTOWA PRACOWNIA
Philip Pilachowski

Pieczęć i podpis ubezpieczającego do polisy

UBEZPIECZALNIA

Garnizon- biurowiec Gamma

80-280 Gdańsk, ul. Norwida 4

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA

NEOFIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA
Ubezpieczający

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

DSP/P/1041597801/6837/pc:100000570275871/BE20