

Compensa Kontakt: 801 120 000 (połączenie częściowo płatne, dostępne z telefonów stacjonarnych)

Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego

POLISA typ 8601 nr 17445
jednostka organizacyjna 599/009/00013/66167

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POŁA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

I. UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko / Nazwa firmy GMINA TKUSZCZ
Adres z kodem pocztowym UL. WARSZAWSKA 10 05-240 TKUSZCZ
PESEL / REGON 550668166 Telefon 29 757 30 16

2. UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko / Nazwa firmy GMINA TKUSZCZ
Adres z kodem pocztowym UL. WARSZAWSKA 10 05-240 TKUSZCZ
PESEL / REGON 550668166 Telefon 29 757 30 16

3. OKRES UBEZPIECZENIA

od 25-06-2015 godz. 00 do 24-06-2016 godz. 00

4. MIEJSCE UBEZPIECZENIA

Adres z kodem pocztowym UL. WARSZAWSKA 10 TKUSZCZ

5. RODZAJ PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

DZIAŁALNOŚĆ SAMORZĄDOWA

6. DZIAŁ I – UBEZPIECZENIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO OD SZKÓD MATERIALNYCH

Franszyza redukcyjna PLN

Lp.	Kod	Przedmiot ubezpieczenia wg kodu zgodnie z załącznikiem nr 1	Suma Ubezpieczenia w PLN	Stawka taryfowa w %	Stawka ostateczna po zwyczajach / zniżkach w %	Składka w PLN
1.	100	<u>SPRZĘT ELEKTRONICZNY</u>	<u>352,363,23</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>4820,-</u>
2.	200	<u>kontynuacja projektu nr. pol. 8601/6979</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
3.	300	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
4.	400	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
5.	500	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
6.	600	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
7.	700	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
8.	800	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
Składka ogółem:						<u>4820,-</u>

7. DZIAŁ II – UBEZPIECZENIE NOŚNIKÓW DANYCH ORAZ DANYCH

Franszyza redukcyjna 10 % wartości szkody, minimum 500 PLN

Lp.	Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia w PLN	Składka w PLN
1.	Nośniki danych wg załącznika nr 2	<u>74 595</u>	<u>173,-</u>
2.	Dane wg załącznika nr 2 / ilość danych do odtworzenia: <u> </u> MB	<u> </u>	<u> </u>
Ogółem		<u>74 595</u>	<u>173,-</u>
Składka za Dział II ubezpieczenia po uwzględnieniu klauzul / zwyczaj / zniżek		<u> </u>	<u>173,-</u>

8. DZIAŁ III – UBEZPIECZENIE DODATKOWYCH KOSZTÓW PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI

Franszyza redukcyjna: 500 liczba dni (dla dodatkowych kosztów proporcjonalnych)

Franszyza redukcyjna: % wartości szkody, minimum PLN (dla dodatkowych kosztów nieproporcjonalnych)

POLISA typ 8601 nr **17745**

Okres odszkodowawczy: _____ liczba miesięcy (dotyczy dodatkowych kosztów proporcjonalnych)

Max. limit odszkodowania: _____ PLN (w skali jednego miesiąca; dotyczy wyłącznie dodatkowych kosztów proporcjonalnych)

Lp.	Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia w PLN	Składka w PLN
1.	Dodatkowe koszty proporcjonalne wg załącznika nr 3	_____	_____
2.	Dodatkowe koszty nieproporcjonalne wg załącznika nr 3	_____	_____
	Ogółem	_____	_____
	Składka za Dział III ubezpieczenia po uwzględnieniu klauzul / wyższek / niższek		_____

9. WARTOŚĆ MIENIA DEKLAROWANA DO UBEZPIECZENIA

426 958,23, - czterysta dwadzieścia sześć tys. dwieście pięćdziesiąt osiem 23/100

10. SYSTEM UBEZPIECZENIA

☒ Dział I – ubezpieczenie na sumy stałe ☐ Dział II – ubezpieczenie na pierwsze ryzyko ☐ Dział III – ubezpieczenie na pierwsze ryzyko

11. LIMITY (NA JEDNO I WSZYSTKIE ZDARZENIA)

8. SKŁADKA ŁĄCZNA ZA CAŁE UBEZPIECZENIE

Płatna ☒ jednorazowo ☐ ratalnie

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group **27 1240 69 57 7008 9300 0017 7456**

Kwota raty **4993,-**

1 rata _____ 2 rata _____ 3 rata _____ 4 rata _____
1 rata płać do **28-06-2015** 2 rata płać do _____ 3 rata płać do _____ 4 rata płać do _____

Składka płatna ☒ przelewem do dnia _____ ☐ gotówką w dniu zawarcia umowy

Przedstawiciel Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group w dniu zawarcia umowy otrzymał kwotę _____ zł

Słownie złotych _____

12. KLAUZULE (TREŚĆ KLAUZUL W ZAŁĄCZENIU STANOWI INTEGRALNĄ CZĘŚĆ UMOWY)

10A/1 - sprzęt przenośny

13. POSTANOWIENIA DODATKOWE

Do niniejszej umowy zastosowanie mają "Ogólne warunki ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych", zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 33/2007 z dnia 27 czerwca 2007 r., oraz klauzule wymienione w warunkach szczególnych ubezpieczenia, których odbiór przed zawarciem umowy ubezpieczenia potwierdzam.

data **23-06-2015**

TRUSZCZ

miejsowość

pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

podpis Ubezpieczającego