

POLISA UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZAWODOWEJ
Numer polisy 1092754434



1	Okres ubezpieczenia: od 17.03.2026 r. do 16.03.2027 r.	
2	Ubezpieczający: BIURO RACHUNKOWE MAJEWSKA KSIĘGUJE MARTA MAJEWSKA-STĘPIEN Adres siedziby: SENATORSKA 24/26 m. 2, 93- 92 ŁÓDŹ E-mail: BIURO@MAJEWSKAKSIEGUJE.PL	REGON: 382063993 Telefon: +48604433234
3	Ubezpieczony: BIURO RACHUNKOWE MAJEWSKA KSIĘGUJE MARTA MAJEWSKA-STĘPIEN Adres siedziby: SENATORSKA 24/26 m. 2, 93- 92 ŁÓDŹ E-mail: BIURO@MAJEWSKAKSIEGUJE.PL	REGON: 382063993 Telefon: +48604433234

4	Zakres ubezpieczenia dobrowolnego Odpowiedzialność cywilna przedsiębiorcy prowadzącego obsługę kadrowo płacową (klauzula nr 40)	Suma gwarancyjna
		Na jeden wypadek ubezpieczeniowy Na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe
		000 000 PLN 000 000 PLN
	Postanowienia dodatkowe Klauzula zniszczenia, uszkodzenia, zaginięcia dokumentów (klauzula nr 6)	Podlimit: 5 000 PLN

5	Składka łączna: 1 782,20 PLN Jednorazowo Kwota w PLN 782,20 Termin płatności 23.03.2026	6	Numer rachunku bankowego do zapłaty składki 02 240 6960 30 4 0 0 3 20 5487 W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 092754434
----------	---	----------	--

7	Warunki ubezpieczenia 1. Do umowy ubezpieczenia dobrowolnego mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej ustalone uchwałą nr UZ/2 /20 6 z dnia 7 czerwca 20 6 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/2 5/20 8 z dnia 6 lipca 20 8 r.
----------	---

8	Postanowienia dodatkowe Ubezpieczenie dobrowolne Klauzula Nr 61 Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności cywilnej o szkody polegające na zniszczeniu, uszkodzeniu i utracie dokumentów powierzonych ubezpieczonemu w związku z wykonywaniem czynności zawodowych Z zachowaniem pozostałych, niezmiennych niniejszą klauzulą postanowień OWU oraz za zapłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej, strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o odpowiedzialność cywilną za szkody polegające na zniszczeniu, uszkodzeniu albo utracie dokumentów powierzonych ubezpieczonemu w związku z wykonywaniem czynności zawodowych objętych zakresem ubezpieczenia. 2. Zakresem ochrony nie są objęte szkody w dokumentach o charakterze kolekcjonerskim, zabytkowym lub unikatowym. 3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie koszty poniesione na odtworzenie dokumentów.
----------	--

9	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 informacje, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego. 3. <input type="checkbox"/> * 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, 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. 4. <input checked="" type="checkbox"/> * 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. 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 otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. 5. <input type="checkbox"/> * 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. 6. <input checked="" type="checkbox"/> * 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). 7. Zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dokumencie Informacja Administratora danych osobowych 8. Oświadczam, że otrzymałam/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych.	<input type="checkbox"/> * 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). 10. 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 8a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem. * <input checked="" type="checkbox"/> w polu oznacza zgodę Pełne nazwy spółek: PZU SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Życie SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PTE PZU SA - Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; TFI PZU SA - Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Pomoc SA - PZU Pomoc Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Zdrowie SA - PZU Zdrowie Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU CO SA - PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; Link4 TU SA - Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, ul. Postępu 5, 02-676 Warszawa; PEKAO SA - Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, ul. Żubra 0 -066 Warszawa; Alior Bank SA - Alior Bank Spółka Akcyjna, ul. Chmielna 69, 00-80 Warszawa; TUW PZUW - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Cash SA - PZU Cash Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.
----------	--	---

DSP/P/POF/ 092754434/4924/b7262da -af28-4020-a383-0f39a2fc3b 3

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.

Data zawarcia umowy: 5.03.2026 r.

Oświadczenie ubezpieczającego: 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.



Edyta Szyttenholm

Dyrektor Centrum Obsługi Posprzedażowej



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