

POLISA UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZAWODOWEJ
Numer polisy 1031975800



1	Okres ubezpieczenia: od 04.07.2026 r. do 03.07.2027 r.											
2	Ubezpieczający: NEOFIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Adres korespondencyjny: ŚLĄSKA 35-37 m. BUDYNEK A 2 PIĘTRO SEKTOR C, 81-310 GDYNIA E-mail: biuro@neofin.pl Telefon: +48533682889	REGON: 368573096										
3	Ubezpieczony: NEOFIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Adres siedziby: ŚLĄSKA 35/37, 81-310 GDYNIA E-mail: biuro@neofin.pl Telefon: +48533682889	REGON: 368573096										
4	Zakres ubezpieczenia dobrowolnego Odpowiedzialność cywilna przedsiębiorcy prowadzącego obsługę kadrowo płacową (klauszula nr 40)	<table><tr><th colspan="2">Suma gwarancyjna</th></tr><tr><th>Na jeden wypadek ubezpieczeniowy</th><th>Na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe</th></tr><tr><td>1 000 000 PLN</td><td>1 000 000 PLN</td></tr></table>	Suma gwarancyjna		Na jeden wypadek ubezpieczeniowy	Na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe	1 000 000 PLN	1 000 000 PLN				
Suma gwarancyjna												
Na jeden wypadek ubezpieczeniowy	Na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe											
1 000 000 PLN	1 000 000 PLN											
5	Składka łączna: 2 016,45 PLN <table><tr><th>Kwota w PLN</th><th>504,45</th><th>504,00</th><th>504,00</th><th>504,00</th></tr><tr><th>Termin płatności</th><td>10.07.26</td><td>12.10.26</td><td>11.01.27</td><td>09.04.27</td></tr></table>	Kwota w PLN	504,45	504,00	504,00	504,00	Termin płatności	10.07.26	12.10.26	11.01.27	09.04.27	6 Numer rachunku bankowego do zapłaty składki 25 1240 6960 3014 0110 1919 2399 W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1031975800
Kwota w PLN	504,45	504,00	504,00	504,00								
Termin płatności	10.07.26	12.10.26	11.01.27	09.04.27								
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	Postanowienia dodatkowe 1. Warunki szczególne: „Objęcie ochroną odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego za szkody powstałe wskutek wykonywania czynności zawodowych polegających na „obliczaniu składek za PPK (Pracowniczy Plan Kapitałowy) oraz prowadzeniu dokumentacji w tym zakresie.”.											
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 informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.											
10	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
E-mail: biuro@neofin.pl
Telefon: +48533682889

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

Data zawarcia umowy: 26.07.2026 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.

WICEPREZES ZARZĄDU
Aneta Wojenska-Hirszt
Filip Pilachowski
Pieczeń i podpis ubezpieczającego
NEOFIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
Ubezpieczający

WICEPREZES ZARZĄDU
Aneta Wojenska-Hirszt
Filip Pilachowski
PREZES ZARZĄDU
Pieczeń i podpis ubezpieczającego do polisy
Filip Pilachowski

UBEZPIECZALNIA
Garnizon - biurowiec Garnia
80-280 Gdańsk ul. Norwida 4
Tel. 518 355 333
Pieczeń 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/1031975800/9236/7d4ddd1d-575e-4da0-be96-36ca971cc4aa/BE20

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49, NIP dla celów VAT 107-004-84-03 - członek Grupy VAT PZU, kapitał zakładowy: 86 352 300 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora) DSP/OCZA/24F11_01/20260626.1258/proddp02-366981909.3/FILE/7d4ddd1d-575e-4da0-be96-36ca971cc4aa

**OŚWIADCZENIA DO POLISY UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
CYWILNEJ ZAWODOWEJ**
Numer polisy 1031975800



1 Okres ubezpieczenia: od 04.07.2026 r. do 03.07.2027 r.

2 Ubezpieczający: NEOFIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Adres korespondencyjny: ŚLĄSKA 35-37 m. BUDYNEK A 2 PIĘTRO SEKTOR C, 81-310 GDYNIA

E-mail: biuro@neofin.pl

Telefon: +48533682889

REGON: 368573096

3 Składka łączna: 2 016,45 PLN

Sposób płatności: Przelew

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.
3. Oświadczam o przebiegu ubezpieczenia OC w związku z prowadzoną działalnością lub posiadanym mieniem:

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

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

E-mail: biuro@neofin.pl

Telefon: +48533682889

Dodatkowych informacji udzieli:

Siemianowski Hubert

ul. CYPRIANA KAMIŁA NORWIDA 4, 80-280 GDAŃSK

E-mail: h.siemianowski@ubezpieczalnia24.pl

Telefon: +48 797230301

Data zawarcia umowy: 26.06.2026 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.



Pieczęć i podpis ubezpieczającego

NEOFIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Ubezpieczający

Pieczęć i podpis ubezpieczającego

WICEPREZES ZARZĄDU

PREZES ZARZĄDU

Pieczęć i podpis ubezpieczającego

Pieczęć i podpis ubezpieczającego

Pieczęć i podpis ubezpieczającego

Pieczęć i podpis ubezpieczającego

UBEZPIECZALNIA

Garnizon, Biuro wiet Gamma

80-280 Gdańsk, ul. Norwida 4

Tel. 618 355 333

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/1031975800/9236/7d4ddd1d-575e-4da0-be96-36ca971cc4aa/BE20