

POLISA UBEZPIECZENIA CARGO - UBEZPIECZENIE MIENIA W TRANSPORCIE /
INSURANCE POLICY – CARGO
Numer polisy 1121464542



1	Okres ubezpieczenia / Period of insurance: od / from 21.05.2026 r. godz. / time 13:00 do / to 20.05.2027 r.	
2	Ubezpieczający / Policyholder: WR TRANSPORT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Adres korespondencyjny/ Correspondence Address: UL. KLONOWA 7, 82-500 RAKOWIEC E-mail: info@wrtransport.pl	REGON: 521834650 Telefon/Phone: Klient odmówił
3	Ubezpieczony / Insured: WR TRANSPORT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Adres siedziby/ Registered Address: KLONOWA 7, 82-500 RAKOWIEC E-mail: info@wrtransport.pl	REGON: 521834650 Telefon/Phone: Klient odmówił
	Cargo międzynarodowe - polisa obrotowa / International cargo - open cover	
	Zakres terytorialny/ Territorial scope	EUROPA
	Planowana wartość przewożonego mienia w okresie ubezpieczenia/ Estimated total value of transported goods in the insurance period	5 000 000,00 PLN
	Sposób ustalenia sumy ubezpieczenia/ Basis for determination of sum insured	Według wartości rzeczywistej
	Suma uwzględnia koszty opłat celnych/ Sum insured includes custom duties	Tak
	Suma uwzględnia spodziewany 10% zysk/ Sum insured includes expected 10% profit	Nie
	Suma uwzględnia VAT/ Sum insured includes VAT	Tak
	Suma uwzględnia przewoźne/ Sum insured includes freight	Nie
	Suma uwzględnia zawieszoną akcyzę/ Sum insured includes suspended excise duty	Nie
	Wartość i waluta franzyzy redukcyjnej/ Deductible	1000 PLN
4	Dane ubezpieczonego ładunku / Data of cargo insured	
	Opis ładunku/ Description of goods	MOTOCYKLE
	Typ ładunku (mienia)/ Type of Cargo	Nowe+Używane
	Sposób ustalenia wartości ładunku/ Value of cargo determined on	Według wartości rzeczywistej
	Środek transportu/ Conveyance	Samochód
	Rodzaj transportu/ Type of transport	Własny i Obcy
	Maksymalna wartość mienia na 1 środku transportu (suma ubezpieczenia)/ Max value per one conveyance (sum insured)	2 000 000,00
	Waluta/ Currency	PLN
	Zakres ubezpieczenia / Insurance coverage	
	1. Mienie w transporcie międzynarodowym / Goods in international cargo	
	Zakres ubezpieczenia/ Scope of insurance	Pełny
	2. Klauzula nr 1 - rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o szkody podczas załadunku / Loading extension clause	
	3. Klauzula nr 2 - rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o szkody podczas wyładunku / Unloading extension clause	
	4. Klauzula nr 3 - rozszerzenie zakresu ubezpieczenia podczas postoju środka transportu w transportach własnych / Parking warranties extension clause in respect of own transport.	
5	Składka łączna / Total Premium: 12 780,00 PLN	
	Kwota w PLN/Amount in PLN	Jednorazowo/Single payment 12 780,00
	Termin płatności/Date of payment	11.06.2026
6	Numer rachunku bankowego PZU SA do zapłaty składki / PZU SA bank account number to pay the premium 37 1240 6960 3014 0110 3831 3502 (W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1121464542 / Title of transfer should include Policy Number: Nr 1121464542)	
7	Warunki ubezpieczenia / General Terms and Conditions of Insurance	
	1. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie Ogólne warunki ubezpieczenia mienia w transporcie (cargo) ustalone przez Zarząd PZU SA uchwałą nr UZ/7/2020 z dnia 10.01.2020 r. / The General Terms and	Conditions are applied to this Insurance Policy.
8	Postanowienia dodatkowe / Additional agreements	
	1. W przypadku rozbieżności między tekstem Polisy w języku polskim a tłumaczeniem na język angielski obowiązuje wersja polska. / In the case of differences between Polish and English version of the Policy the	Polish text is binding.
9	Oświadczenia / Statements	
	1. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałam/łem Ogólne warunki ubezpieczenia mienia w transporcie (cargo) oraz Dokument zawierający informację o produkcie ubezpieczeniowym. / Insured confirms that before concluding the	insurance agreement has received General Terms and Conditions of Cargo.
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,

DSP/P/1121464542/6532/b9e223d7-5397-4b6f-a967-f6ab5e7bdffb/BE20

■ dzięki któremu ubezpieczający może opłacić składkę ubezpieczeniową.

Potwierdzam dane kontaktowe/ Confirmation of contact details
WR TRANSPORT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
E-mail: info@wrtransport.pl
Telefon/Phone: Klient odmówił

Data zawarcia/ *Conclusion date*: 21.05.2026 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.

Podpis ubezpieczającego/ *Signature of Policyholder*

WR TRANSPORT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
Ubezpieczający/ *Policyholder*


Podpis ubezpieczającego/ *Signature of Policyholder* do
polisy

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA/ *Stamp and
signature of PZU SA representative*

DYREKTOR ZARZĄDZAJĄCY
DS. KLIENTA KORPORACYJNEGO

Jakub Sajkowski



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

OŚWIADCZENIA DO POLISY UBEZPIECZENIA
CARGO - UBEZPIECZENIE MIENIA W TRANSPORCIE/
STATEMENTS TO LIABILITY INSURANCE FOR THE CARGO
Numer polisy 1121464542



1	Okres ubezpieczenia/ Period of insurance: od/ from 21.05.2026 r. godz./ time 13:00 do/ to 20.05.2027 r.
2	Ubezpieczający/ Policyholder: WR TRANSPORT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Adres korespondencyjny/ Correspondence Address: UL. KLONOWA 7, 82-500 RAKOWIEC E-mail: info@wrtransport.pl Telefon/Phone: Klient odmówił REGON: 521834650
3	Składka łączna/ Total Premium: 12 780,00 PLN Sposób płatności/ Payment type: Przelew/ Wire
4	Oświadczenia/ Statements 1. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałam/łem Ogólne warunki ubezpieczenia mienia w transporcie (cargo) oraz Dokument zawierający informację o produkcie ubezpieczeniowym./ Insured confirms that before concluding the insurance agreement has received General Terms and Conditions of Cargo.
5	Postanowienia dodatkowe lub odmiennie 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/ Confirmation of contact details
WR TRANSPORT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
E-mail: info@wrtransport.pl
Telefon/Phone: Klient odmówił

Data zawarcia/ Conclusion date: 21.05.2026 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.



Podpis ubezpieczającego/ Signature of Policyholder

WR TRANSPORT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
Ubezpieczający/ Policyholder

Podpis ubezpieczającego/ Signature of Policyholder do polisy

DYREKTOR ZARZĄDZAJĄCY
DS. KLIENTA KORPORACYJNEGO
Jakub Sajkowski
Jakub Sajkowski

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA/ Stamp and signature of PZU SA representative