



BNP Paribas Bank Polska Spółka Akcyjna
ul. Kasprzaka 2, 01-211 Warszawa
www.bnpparibas.pl

Nazwa firmy: SOLISPHARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ OD
Numer klienta: 6C45VC

Potwierdzenie transakcji

Opis		
POLISA 1028702984 CEN2403080460908		
Kwota	Data transakcji	Numer referencyjny transakcji
6 291,52 PLN	08.03.2024	CEN2403080460908
Typ transakcji / Kod		
225 PRZELEW INTERNETOWY		
225		

Dane nadawcy

Nazwa i adres	Numer rachunku	Nazwa banku
SOLISPHARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ STARZYŃSKIEGO 10 03-456 Warszawa, Polska	PL27 2030 0045 1110 0000 0316 9870	BNPPL DOP/Warszawa

Dane odbiorcy

Nazwa i adres	Numer rachunku	Nazwa banku
PZU	30 1240 6960 3014 0110 0666 0006	PEKAO Centrala-OOR 4

Niniejsze potwierdzenie przelewu zostało sporządzone na podst. art. 7 ustawy Prawo Bankowe (Dz.U. nr 72 z 2002r., poz. 665, z późniejszymi zmianami). Dokument wygenerowany komputerowo, za pomocą systemu bankowości internetowej GOnline Biznes, nie wymaga podpisu ani stempla.

Uwaga! Data waluty jest prezentowana tylko wówczas, gdy jest inna niż data księgowania (data transakcji).

W przypadku potwierdzenia dla prowizji lub odsetek w polu Dane firmy prezentowane są dane właściciela rachunku oraz pole Dane odbiorcy nie jest wyświetlane.

Solispharm sp. z o.o.
ul. Stefana Starzyńskiego 10
03-469 Warszawa
KRS 000000178

CZŁONEK ZARZĄDU
Paweł Gajewski



1 Okres ubezpieczenia: od 02.03.2024 r. do 01.03.2025 r.

2 Ubezpieczający: SOLISPARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Adres siedziby: STEFANA STARZYŃSKIEGO 10, 03-459 WARSZAWA
E-mail: aptekanamyslowska@gmail.com

Telefon: +48501136465

REGON: 147050604

3 Ubezpieczony: SOLISPARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Adres siedziby: STEFANA STARZYŃSKIEGO 10, 03-459 WARSZAWA
E-mail: aptekanamyslowska@gmail.com

Telefon: +48501136465

REGON: 147050604

Miejsce ubezpieczenia: STEFANA STARZYŃSKIEGO 10, 03-456 WARSZAWA

I. LOKAL (APTEKA)
Zakres ubezpieczenia

	Suma ubezpieczenia	
	Ubezpieczenie od ognia i innych żywiołów wariant: od wszystkich ryzyk	Ubezpieczenie od kradzieży z włamaniem i rabunku
• Lokal	-	-
• Niskocenne składniki majątku	50 000 PLN ¹	5 000 PLN ²
• Nakłady adaptacyjne	1 000 000 PLN ²	-
• Środki obrotowe	7 000 000 PLN ¹	100 000 PLN ²
• Wartości pieniężne	50 000 PLN ²	Kradzież z włamaniem: 25 000 PLN ² Rabunek w lokalu: 25 000 PLN ² Rabunek w transporcie: 50 000 PLN ² Łączna wartość transportów: - PLN
• Maszyny, urządzenia i wyposażenie (wg wartości odtworzeniowej)	1 000 000 PLN ¹	50 000 PLN ²

System ubezpieczenia: ¹ sumy stałe; ² pierwsze ryzyko; ³ sumy zmienne

II. UBEZPIECZENIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO
Zakres ubezpieczenia

	Suma ubezpieczenia
• Sprzęt stacjonarny (Biurowy i uniwersalny)	50 000 PLN
• Telefony komórkowe Opis przedmiotu ubezpieczenia: m.in. 2 iPhone'y oraz inne	10 000 PLN
• Sprzęt przenośny Opis przedmiotu ubezpieczenia: 3 laptopy	10 000 PLN

Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia

	Franszyza redukcyjna
• Klauzula sprzętu przenośnego	10%, nie mniej niż 500 PLN

III. UBEZPIECZENIE SZYB I INNYCH PRZEDMIOTÓW OD STŁUCZENIA

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
• Tablice reklamowe	15 000 PLN
• Oszklenia, witraże, lustra, wykładziny	15 000 PLN

IV. POSTANOWIENIA DODATKOWE DLA MIEJSCA UBEZPIECZENIA

Nazwa klauzuli	Franszyza redukcyjna
• Koszty zniszczenia leków wskutek niezachowania odpowiedniej temperatury Limit: 500 000 PLN	wg OWU
• Koszty utylizacji leków i utraty dokumentów	wg OWU
• Klauzula przepięć Limit: 100 000 PLN	zniesiona
• Klauzula rozmrożenia Limit: 50 000 PLN	zniesiona
• Klauzula drobnych prac remontowo-budowlanych Limit: 100 000 PLN	zniesiona
• Klauzula kosztów poszukiwania przyczyn szkody Limit: 10 000 PLN	500 PLN
• Klauzula dodatkowych kosztów działalności gospodarczej Limit: 50 000 PLN	10%
• Klauzula stałych kosztów działalności gospodarczej Limit: 50 000 PLN	zniesiona
• Koszty naprawy/wymiany zabezpieczeń Limit: 3 000 PLN	wg OWU
• Klauzula ubezpieczenia urządzeń zewnętrznych Limit: 10 000 PLN	500 PLN
• Klauzula kosztów uprzątnięcia pozostałości po szkodzie Limit: 50 000 PLN	wg OWU

1028702984/pc:100000544049057/BE20 PIN: 1947

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49,

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)

DSPMMSP/24F01_01/20240301.2017/proddppu01-331928515.3/FILE/pc:100000544049057

Paweł Ciejewski



7

• Klauzula dewastacji Limit: 50 000 PLN; Podlimit dla urządzeń zewnętrznych: PLN	wg OWU
• Klauzula kosztów odtworzenia dokumentacji Limit: 50 000 PLN	wg OWU
• Klauzula aktów terroryzmu Limit: 100 000 PLN	zniesiona
• Klauzula zmiany fransyz redukcyjnych na integralne	wg OWU

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

Odpowiedzialność cywilna w związku z posiadaniem mienia lub z tytułu prowadzenia działalności apteki

Ubezpieczona działalność wraz z PKD:

- Sprzedaż detaliczna wyrobów farmaceutycznych prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach (47.73.Z)

5	Suma gwarancyjna	
	Suma gwarancyjna na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia	1 000 000 PLN
	Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia	Podlimit
	• OC pracodawcy (klauzula nr 5)	1 000 000 PLN
	• OC najemcy nieruchomości (klauzula nr 7) Franszyza redukcyjna: zniesiona	1 000 000 PLN

6 Ubezpieczenie Assistance

Zakres podstawowy – zgodny z OWU

Franszyzy

7		Franszyza Integralna	Franszyza redukcyjna
	Kradzież z włamaniem i rabunek	300 PLN	–
	Ogień i inne żywioły	300 PLN	–
	Szyby i inne przedmioty od stłuczenia	50 PLN	–
	Sprzęt elektroniczny – przenośny sprzęt elektroniczny	–	10%, nie mniej niż 500 PLN
	Sprzęt elektroniczny – sprzęt stacjonarny	–	250 PLN
	Sprzęt elektroniczny – telefony komórkowe	–	250 PLN

8 Zniżki i zwwyżki składki

Zniżka UW
Więcej za mniej
Wznowione MSP

9 Składka łączna: 6 291,52 PLN

	Jednorazowo
Kwota w PLN	6 291,52
Termin płatności	15.03.2024

10 Numer rachunku bankowego do zapłaty składki

30 1240 6960 3014 0110 0666 0006
W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1028702984

11 Warunki ubezpieczenia

1. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki kompleksowego ubezpieczenia PZU DORADCA, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/333/2020 z dnia 1 grudnia 2020 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/296/2023 z dnia 24

października 2023 r.

Postanowienia dodatkowe**Ubezpieczenie mienia****1. Klauzule dodatkowe:****Klauzula ubezpieczenia urządzeń zewnętrznych**

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU i za zapłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej ustala się, co następuje:

- 1) PZU obejmuje ochroną ubezpieczeniową od ryzyka kradzieży zwykłej urządzenia zewnętrzne należące do ubezpieczonego, zainstalowane na budynkach lub budowliach stanowiących własność lub użytkowanych przez ubezpieczonego;
- 2) w rozumieniu niniejszej klauzuli kradzież zwykła oznacza zabór w celu przywłaszczenia cudzej rzeczy ruchomej bez użycia przemocy lub groźby jej użycia wobec osoby bądź doprowadzenia osoby do stanu nieprzytomności lub bezbronności;
- 3) urządzenia powinny być zainstalowane i zabezpieczone w taki sposób, aby ich wymontowanie nie było możliwe bez pozostawienia śladów użycia siły lub narzędzi;
- 4) odpowiedzialność PZU z tytułu niniejszej klauzuli ograniczona jest do ustalonego w umowie ubezpieczenia limitu na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia;
- 5) dla szkód objętych zakresem niniejszej klauzuli stosuje się fransyzę redukcyjną w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.

Klauzula zmiany fransyz redukcyjnych na integralne

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU ustala się, że:

- 1) fransyzy redukcyjne wyrażone kwotowo, określone w OWU, mające zastosowanie w ubezpieczeniu mienia od ognia i innych żywiołów, mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku oraz szczy i innych przedmiotów od stłuczenia, zostają zastąpione fransyzami integralnymi w takiej samej wysokości, w jakiej zostały określone fransyzy redukcyjne;
- 2) w rozumieniu niniejszej klauzuli określenie fransyza integralna oznacza: wyłączenie odpowiedzialności PZU za szkody nie przekraczające ustalonej w umowie ubezpieczenia kwoty.

13 Oświadczenia

1. Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem ogólne warunki kompleksowego ubezpieczenia PZU DORADCA, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/333/2020 z dnia 1 grudnia 2020 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/296/2023 z dnia 24 października 2023 r. 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.

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. www.rf.gov.pl

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.

Dodatkowych informacji udzieli:

CENTRUM UBEZPIECZEŃ GARBAL CUG ARKADIUSZ GARBAL
ul. RACIAWICKA 38-44/5, 21-040 ŚWIDNIK

1028702984/pc:100000544049057/BE20 PIN: 1947

801 102 102 pzu.pl

CZŁONEK ZARZĄDU
Paweł Majewski

2/3





Data zawarcia umowy: 01.03.2024 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.

Podpis/pieczęć ubezpieczającego

SOLISPHARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Ubezpieczający

Podpis/pieczęć ubezpieczającego do polisy

21-040 Świdnik, ul. Radziwiłła 38-44
01-162 Warszawa, ul. Wawrzyszewska 9/84
tel. 81 751 46 55, 609 662 102

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA



Sprawdź, jak zabezpieczyć swoją firmę przed pożarem.

Zapoznaj się z poradnikiem na stronie <https://www.pzu.pl/poradnik-bezpieczenstwo-pozarowe>



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

1028702984/pc:100000544049057/BE20 PIN: 1947

801 102 102 pzu.pl

CZŁONEK ZARZĄD

Paweł Szwed

3/3





OŚWIADCZENIA DO POLISY UBEZPIECZENIA PZU DORADCA APTEKA

Nr 1028702984

1 Okres ubezpieczenia: od 02.03.2024 r. do 01.03.2025 r.

2 Ubezpieczający: SOLISPHARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Adres siedziby: STEFANA STARZYŃSKIEGO 10, 03-459 WARSZAWA
E-mail: aptekanamyslowska@gmail.com

Telefon: +48501136465

REGON: 147050604

3 Składka łączna: 6 291,52 PLN

Sposób płatności: Przelew

Informacje do oceny ryzyka

Miejsce ubezpieczenia: STEFANA STARZYŃSKIEGO 10, 03-456 WARSZAWA

1) Działalność prowadzona w lokalizacji wraz z PKD:

a) Sprzedaż detaliczna wyrobów farmaceutycznych prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach (47.73.Z)

2) Informacje o zabezpieczeniach przeciwkradzieżowych:

a) Zabezpieczenia przeciwkradzieżowe dla wartości pieniężnych: Klasa odporności urządzeń zabezpieczających: Brak udokumentowanej klasy; Transport wartości

pieniężnych: Chroniony tylko przez osobę transportującą; Rodzaj pojemnika do transportowanych wartości pieniężnych: Inny pojemnik

3) Informacje dodatkowe dla: APTEKA

a) Rodzaj obiektu: Lokal
b) Klasa palności: niepalna

Oświadczenia

1) Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem ogólne warunki kompleksowego ubezpieczenia PZU DORADCA, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/333/2020 z dnia 1 grudnia 2020 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/296/2023 z dnia 24 października 2023 r. oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.

2. Oświadczenie o wysokości obrotu, dotyczy:

1) SOLISPHARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, REGON: 147050604

a) całkowity obrót roczny: 25 000 000,00 PLN

b) obrót z działalności handlowej i produkcyjnej: 25 000 000,00 PLN

3. Oświadczenie o przebiegu ubezpieczenia:

1) w ciągu ostatniego roku liczba szkód wypłaconych wyniosła: 0, łączna suma wypłat: 0,00 PLN

2) w ciągu trzech ostatnich lat liczba szkód wypłaconych wyniosła: 0, łączna suma wypłat: 0,00 PLN

4. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informacje, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.

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. www.rf.gov.pl

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

SOLISPHARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

E-mail: aptekanamyslowska@gmail.com

Telefon: +48501136465

Dodatkowych informacji udzieli:

CENTRUM UBEZPIECZEŃ GARBAL CUG ARKADIUSZ GARBAL

ul. RACŁAWICKA 38-44/5, 21-040 ŚWIDNIK

Data zawarcia umowy: 01.03.2024 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/skonna zapłacić.

Podpis/pieczęć ubezpieczającego

SOLISPHARM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Ubezpieczający

Podpis/pieczęć ubezpieczającego do polisy

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA



Sprawdź, jak zabezpieczyć swoją firmę przed pożarem.

Zapoznaj się z poradnikiem na stronie <https://www.pzu.pl/poradnik-bezpieczenstwo-pozarowe>



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

OZŁONIK ZARZĄDU
Paweł Gajewski

1028702984/pc:100000544049057/BE20 PIN: 1947

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49, 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)