

№ E25740000083

238550

Национален телефон: 0700 166 33

Днес 21.01.2025г. в гр. София на основание писмен въпросник-декларация и платена застрахователна премия ЗД "БУЛ ИНС" АД приема да застрахова:

Име на застрахован:	АЛЕКСАНДРИЯ ТРАВЕЛ ЕООД	ЕГН/ЕИК:	175225019
Адрес на застрахования:	гр./с. СОФИЯ, ул.Тракия №33		1000
Име на застраховател:	АЛЕКСАНДРИЯ ТРАВЕЛ ЕООД	ЕГН/ЕИК:	175225019
Адрес на застрахователя:	гр./с. СОФИЯ, ул.Тракия №33		
Представяван/а от:		Тел.:	0

ЗАСТРАХОВАН ОБЕКТ /данни, застрахователни покрития, застрахователни суми/

ПРОФЕСИОНАЛНА ОТГОВОРНОСТ НА ТУРОПЕРАТОРА

Лимити на отговорност:

Единичен лимит: 1 400 000,00 лева

Агрегатен лимит: 1 400 000,00 лева

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА/ЛИМИТИ НА ОТГОВОРНОСТ	1400000,00 BGN	ТЕРИТОРИАЛЕН ОБХВАТ	Р България
--	----------------	---------------------	------------

СПЕЦИАЛНИ И ДОПЪЛНИТЕЛНИ ДОГОВОРНОСТИ

СЪГЛАСНО ОБЩИТЕ УСЛОВИЯ НА ЗАСТРАХОВКА ПРОФЕСИОНАЛНИ ОТГОВОРНОСТИ И СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ НА ЗАСТРАХОВКА „ПРОФЕСИОНАЛНА ОТГОВОРНОСТ НА ТУРОПЕРАТОРА“

Самоучастие: 10%, но не по-малко от 5 000,00 лева от всяка една щета

Дължима сума по:	Лева	Брой вноски	Дата на падежа: 21.1.2025 г.	Дата на падежа:	Дата на падежа:	Дата на падежа:
Застрахователна премия	6000,00	1	6000,00 лв.			
Данък върху премията 2%	120,00		120,00 лв.			
Общо	6120,00		6120,00 лв.			
Словом	шест хиляди сто и и двадесет лева и нула стотинки					

Срок на застраховката	Валидност	Час	Ден	Месец	Година
0 Дни	От	0	0	2	2
0 Месеца	До	2	4	2	1
1 Година					

Запознат съм, че при неплащане на разсрочена вноска от застрахователната премия, ЗД Бул инс АД ще счита застрахователният договор за прекратен след изтичане на 15 (петнадесет) дни от датата на падежа на разсрочената вноска (чл. 368, ал. 2, т.3 във връзка с ал.3 от КЗ). Въпросник - декларацията за застраховане, полицата, всички добавъци и сметки към нея, както и Общите и/или специални условия за застраховка „Професионална отговорност“ на ЗД Бул Инс АД представляват неразделна част едно от друго.

Полицата се издава в два еднообразни екземпляра. Декларирам, че съм получил, запознат съм и приемам Общите и/или специални условия по застраховка „Професионална отговорност“. Декларирам, че предварително ми е предоставена писмена информация, като потребител на застрахователни услуги по смисъла на дял Трети гл.33 от Кодекса за застраховането и чл. 5 от Закона за защита на потребителите.

Декларация за защита на личните Ви данни

Декларирам, че съм информиран, че предоставените при сключване на настоящата Полица данни, които са лични по смисъла на чл. 4, т. 1 от Регламент 2016/679, съгласно Регламент 2016/679 и Политика за защита на лични данни, която е достъпна на www.bulins.com, с която предварително се запознах, ще се обработват от ЗД „Бул Инс“ АД и ще бъдат предоставяни на трети лица, включително, но не изчерпателно: пред съдилища; пред органите на МВР; пред органите на прокуратурата; пред застрахователни компании; пред медицински заведения; пред пощенски оператори с цел уведомяването ми при необходимост, в съответствие с изискванията на Регламента.

Информиран съм, че отказът за предоставяне на лични данни може да доведе до отказ от сключване на застрахователния договор.

Застрахован/щ:

(подпис)

Застраховател:

(ПОДПИС, ПЕЧАТ)

Име и адрес на застрахователния посредник
ЗД „БУЛ ИНС“ АД, ЕИК: 831830482,
1407 София, бул. "Джамия Баучер" 87

СОПЕТ БРОКЕР, гр./с. СОФИЯ, ул. Московска 29, вх. В, ет. 1

Разрешение за извършване на застрахователна дейност № 13/ 16.07.1998 г.
www.bulins.com