

Versicherungsnachweis
(für das Bundesamt für Güterverkehr bestimmt)

Der unterzeichnende Versicherer bestätigt hiermit, daß nach Maßgabe des Versicherungsvertrages und der folgenden Kennziffern eine Versicherung gemäß § 7a des Güterkraftverkehrsgesetzes gegen alle Schäden besteht, für die der Unternehmer nach dem vierten Abschnitt des Handelsgesetzbuches in Verbindung mit dem Frachtvertrag haftet:

Name und Anschrift des Versicherungsnehmer*
Nazwa i adres Ubezpieczonego

TVM TRANSPORT & LOGISTICS SP. Z O.O.
JASKÓŁEK 20F, 43-215 STUDZIENICE

Regon 384257402 Nip 638 183 88 77

Numer der Erlaubnis (Lizenz)*: **TU-045020**
Numer licencji TU-045020

Gültig* von **09.12.2020** bis **08.12.2025**
Ważność od 09.12.2020 do 08.12.2025

Erteilungsbehörd*: **Główny Inspektor Transportu Drogowego**
Wystawiona przez Główny Inspektor Transportu Drogowego

Numer des Versicherungsscheines: **436000369928**
Numer polisy ubezpieczenia 436000369928

Versicherungsperiode: **03.10.2024 – 02.10.2025**
Okres ubezpieczenia 03.10.2024 – 02.10.2025

Versicherungssumme: 600.000 EUR für ein und 1.200.000 EUR für alle Schadenereignisse in der Versicherungsdauer
Suma ubezpieczenia 600.000 EUR na jedno i 1.200.000 EUR na wszystkie zdarzenia

Die Rechte des Geschädigten aus der Pflicht-Haftpflichtversicherung des Unternehmers werden durch das Versicherungsvertragsgesetz bestimmt.

STU ERGO HESTIA S.A.

SPÓŁKA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ
ERGO HESTIA SA

Przedstawicielstwo Korporacyjne
w Gdańsku

10-540 Olsztyn, ul. Dąbrowszczaków 21
tel. 89 545 55 51, fax 89 545 55 55

Hgnienka Joźwiak

Unterschrift des Versicherers
*ist vom Versicherungsnehmer auszufüllen

Auststellungsdatum: 30.09.2024

Versicherungsnachweis
(für das Bundesamt für Güterverkehr bestimmt)

Der unterzeichnende Versicherer bestätigt hiermit, daß nach Maßgabe des Versicherungsvertrages und der folgenden Kennziffern eine Versicherung gemäß § 7a des Güterkraftverkehrsgesetzes gegen alle Schäden besteht, für die der Unternehmer nach dem vierten Abschnitt des Handelsgesetzbuches in Verbindung mit dem Frachtvertrag haftet:

Name und Anschrift des Versicherungsnehmer*
Nazwa i adres Ubezpieczonego

TVM TRANSPORT SP. Z O.O.
JASKÓŁEK 20F, 43-215 STUDZIENICE

Regon 363189358 Nip 646 294 01 08

Nummer der Erlaubnis (Lizenz)*: **TU-069648**
Numer licencji TU-069648

Gültig* von **23.05.2022** bis **23.05.2027**
Ważność od 23.05.2022 do 23.05.2027

Erteilungsbehörd*: **Główny Inspektor Transportu Drogowego**
Wystawiona przez Główny Inspektor Transportu Drogowego

Nummer des Versicherungsscheines: **436000369928**
Numer polisy ubezpieczenia 436000369928

Versicherungsperiode: **03.10.2024 – 02.10.2025**
Okres ubezpieczenia 03.10.2024 – 02.10.2025

Versicherungssumme: 600.000 EUR für ein und 1.200.000 EUR für alle Schadenereignisse in der Versicherungsdauer
Suma ubezpieczenia 600.000 EUR na jedno i 1.200.000 EUR na wszystkie zdarzenia

Die Rechte des Geschädigten aus der Pflicht-Haftpflichtversicherung des Unternehmers werden durch das Versicherungsvertragsgesetz bestimmt.

STU ERGO HESTIA S.A.

SPÓŁNOCIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ
ERGO HESTIA SA
Przedstawicielstwo Korporacyjne
w Gdańsku
10-540 Olsztyn, ul. Dąbrowszczaków 21
tel. 89 545 55 51, fax 89 545 55 55
Hgnierka Joźniak

Unterschrift des Versicherers
*ist vom Versicherungsnehmer auszufüllen

Auststellungsdatum: 30.09.2024

Versicherungsnachweis
(für das Bundesamt für Güterverkehr bestimmt)

Der unterzeichnende Versicherer bestätigt hiermit, daß nach Maßgabe des Versicherungsvertrages und der folgenden Kennziffern eine Versicherung gemäß § 7a des Güterkraftverkehrsgesetzes gegen alle Schäden besteht, für die der Unternehmer nach dem vierten Abschnitt des Handelsgesetzbuches in Verbindung mit dem Frachtvertrag haftet:

Name und Anschrift des Versicherungsnehmer*
Nazwa i adres Ubezpieczonego

KOBI TRANSPORT SP. Z O.O.
BROWAROWA 21, 43-100 TYCHY

Regon 388227912 Nip 646 298 74 69

Nummer der Erlaubnis (Lizenz)*: **TU-069649**
Numer licencji TU-069649

Gültig* von **23.05.2022** bis **23.05.2027**
Ważność od 23.05.2022 do 23.05.2027

Erteilungsbehörd*: **Główny Inspektor Transportu Drogowego**
Wystawiona przez Główny Inspektor Transportu Drogowego

Nummer des Versicherungsscheines: **436000369928**
Numer polisy ubezpieczenia 436000369928

Versicherungsperiode: **03.10.2024 – 02.10.2025**
Okres ubezpieczenia 03.10.2024 – 02.10.2025

Versicherungssumme: 600.000 EUR für ein und 1.200.000 EUR für alle Schadenereignisse in der Versicherungsdauer
Suma ubezpieczenia 600.000 EUR na jedno i 1.200.000 EUR na wszystkie zdarzenia

Die Rechte des Geschädigten aus der Pflicht-Haftpflichtversicherung des Unternehmers werden durch das Versicherungsvertragsgesetz bestimmt.

STU ERGO HESTIA S.A.

SOPOCKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ
ERGO HESTIA SA
Przedstawicielstwo Korporacyjne
w Gdańsku
10-540 Olsztyn, ul. Dąbrowszczaków 21
tel. 89 545 55 51, fax 89 545 55 55

Hgnierka Jozniak

Unterschrift des Versicherers
*ist vom Versicherungsnehmer auszufüllen

Auststellungsdatum: 30.09.2024