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

BALTIC FORWARDING COMPANY Sp. z o.o.

70-651 Szczecin, ul. Władysława IV 1
REGON 810023445 NIP 8520508281 NR LICENCJI ZAWODOWEJ: TU - 012508

Nummer der Erlaubnis (Lizenz)*: **TU - 012508**
Numer licencji

Gültig* von **… bis 20.05.2025**
Ważność od … do 20.05.2025

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

Nummer des Versicherungsscheines: **COR559432 Aneks 1/2024**
Numer polisy ubezpieczenia

Versicherungsperiode: **01.10.2024 – 30.09.2025**
Okres ubezpieczenia

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

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

Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group
(Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group Versicherung Polen)
Hauptverwaltung Warschau

Główny Specjalista
ds. Ubezpieczeń Transportowych
P. Niemiec
Paweł Niemiec

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Vienna Insurance Group
Regionalne Centrum Sprzedaży Korporacyjnej
30-701 Kraków, ul. Zabłocie 43A
Tel.: 12 349 24 23, 12 349 24 27 (I)

Unterschrift des Versicherers
*ist vom Versicherungsnehmer auszufüllen

Aufstellungsdatum: 27.09.2024