



922001700813

Polisa ubezpieczenia majątkowego / Property insurance policy ERGO Biznes nr / no 922001700813

Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 922001153146

**UBEZPIECZAJĄCY / UBEZPIECZONY / POLICYHOLDER / INSURED****Ubezpieczający / Ubezpieczony:**
Policyholder / Insured**ZESPÓŁ SZKOLNO-PRZEDSZKOLNY W OWIŃSKACH**
NIP / Tax number: 7773376780, REGON / National Business Registry Number: 389453415
adres / address: 62-005 OWIŃSKA, UL. POPRZECZNA 10
email: SEKRETARIAT@SPOWINSKA.EDU.PL, tel: (+48)618126511**OKRES UBEZPIECZENIA / PERIOD OF INSURANCE**

Od / From: 2025-09-01 00:00 do / to: 2026-08-31 23:59

**Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków / The consequences of accidents****Ubezpieczenie grupowe / Group insurance**

Zakres ubezpieczenia: <i>Insurance scope</i>	całodobowy / 24-hour range <i>Consequence of accident</i>
Suma ubezpieczenia: <i>Sum insured</i>	100 000 PLN
Klasa: <i>Risk Class</i>	niższego ryzyka / lower risk
System świadczeń: <i>System of benefits</i>	wariant I – system świadczeń proporcjonalnych / proportional
Zakres terytorialny: <i>Territorial scope</i>	Cały Świat / The whole world
Liczba ubezpieczonych: <i>Number of insured persons</i>	1
Składka / Premium:	160 PLN

Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie / This insurance policy has been concluded based on the General Terms and Conditions:

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Biznes & Podróż o symbolu: AB-BP-01/25

Klauzule produktowe do zakresu ubezpieczenia**[EB] Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczasowym zawodzie**

Limit odpowiedzialności: 1 000 PLN, na jeden wypadek w okresie ubezpieczenia

Klauzula zakresu terytorialnego

Treść klauzul znajduje się w Załączniku do polisy.

Postanowienia dodatkowe do polisy / Additional provisions to the policyIntegralną częścią polisy jest oferta na rok szkolny 2025/2026, ubezpieczonych za pośrednictwem Agencji nr 004738 UBEZPIECZENIA OD A DO Z
Nr oferty: MCH/1636/0140/01/2025

Oferta rozszerza OWU Biznes&Podróż (kod: PAT/OW071/2402) o zawarte w niej świadczenia oraz limity odpowiedzialności.

Składka od osoby: 160 zł

SU: 100 000 PLN

OPCJA: 6

Klauzula dostarczenia OWU Ubezpieczonemu:

Ubezpieczający oświadcza, że koszt składki ubezpieczeniowej w całości finansuje ubezpieczony i zobowiązuje się doręczać Ubezpieczonemu (w tym również w formie elektronicznej) OWU Biznes&Podróż, które weszły w życie 12 lutego 2024 r. (kod: PAT/OW071/2402), w tym informację wymaganą przepisem art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na objęcie go ochroną ubezpieczeniową i finansowania przez niego kosztów składki. Ubezpieczający potwierdza, że obowiązek wskazany powyżej w zdaniu pierwszym wypełni wobec wszystkich Ubezpieczonych.

Termin odroczenia płatności: do 31 października 2025r



922001700813

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001700813**

Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 922001153146



PŁATNOŚĆ / PAYMENT

Odbiorca: <i>Payee</i>	STU ERGO Hestia SA	Termin płatności: <i>Payment dates</i>	2025-10-31	Do zapłaty: 160 PLN <i>Total premium</i>
Nr konta: <i>Account number</i>	92 1240 6960 6013 9220 0170 0813			
Tytuł przelewu: <i>Reference</i>	Polisa 922001700813			
Sposób płatności: <i>Form of payment</i>	przelew / transfer			

Oświadczenia Ubezpieczającego / *Statements*

Oświadczam, że zostało mi okazane i zapoznałem się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia umowy ubezpieczenia w imieniu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie; przed zawarciem umowy otrzymałem Ogólne Warunki Ubezpieczeń wraz z załącznikami, na podstawie których umowę zawarto oraz zapoznałem się z nimi i zaakceptowałem ich treść; dane we wniosku elektronicznym są zgodne z prawdą i podane zostały według mojej najlepszej wiedzy.

Oświadczam, że przed zawarciem ubezpieczenia dystrybutor zbadał i określił moje wymagania oraz potrzeby ubezpieczeniowe.

Oświadczam, że przed zawarciem ubezpieczenia dystrybutor udostępnił mi dokument pełnomocnictwa udzielonego dystrybutorowi przez ubezpieczyciela oraz przekazał mi wymagane ustawowo informacje o dystrybutorze.

Oświadczam, że przed zawarciem ubezpieczenia dystrybutor przekazał mi w zrozumiałej formie, jako ustandaryzowany dokument, wymagane ustawowo obiektywne informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym.

UBEZPIECZENIA OD A DO Z SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, NIP: 9591997974
tel: +48502507672, email: ROZLICZENIA@UBEZPIECZENIAODADOZ.PL
DARIUSZ ZABOROWSKI

Podpis ubezpieczającego / *Signature of the policyholder*, 2025-09-04, KIELCE

Agent / Ubezpieczyciel / *Insurer*



Załącznik do polisy **ERGO Biznes** nr 922001700813 - Treść klauzul produktowych

[EB] Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczasowym zawodzie

Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczasowym zawodzie, pod warunkiem, że rozpoczęła się w okresie ochrony ubezpieczeniowej i trwa co najmniej 6 miesięcy i będzie utrzymywać się co najmniej przez kolejne 24 miesiące liczone od daty jej rozpoczęcia.

Klauzula zakresu terytorialnego

Zachowując pozostałe niezmienione poniższą klauzulą warunki umowy ubezpieczenia, niezależnie od wybranego zakresu terytorialnego, nie świadczymy ochrony ubezpieczeniowej w państwach lub obszarach objętych sankcjami lub w których aktualnie toczy się konflikt zbrojny. Niezależnie od powyższego, ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy szkód powstałych bezpośrednio i pośrednio wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, strajków, lokautów, sabotażu.