



922001700808

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001700808**

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:<br><i>Insurance scope</i>            | całodobowy / 24-hour range<br><i>Consequence of accident</i> |
| Suma ubezpieczenia:<br><i>Sum insured</i>                  | 50 000 PLN                                                   |
| Klasa:<br><i>Risk Class</i>                                | niższego ryzyka / lower risk                                 |
| System świadczeń:<br><i>System of benefits</i>             | wariant I – system świadczeń proporcjonalnych / proportional |
| Zakres terytorialny:<br><i>Territorial scope</i>           | Cały Świat / The whole world                                 |
| Liczba ubezpieczonych:<br><i>Number of insured persons</i> | 1                                                            |
| <b>Składka / Premium:</b>                                  | <b>80 PLN</b>                                                |

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

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Biznes &amp; 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 policy**

Integralną częścią polisy jest oferta na rok szkolny 2025/2026, ubezpieczonych za pośrednictwem Agencji nr 004738 UBEZPIECZENIA OD A DO Z Nr oferty: Oferta Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków na rok szkolny 2025/2026 MCH/1636/0140/01/2025 oraz OC z tytułu wykonywania czynności zawodowych (B)

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

Składka od osoby: 80 zł

SU: 50 000 PLN

OPCJA: IV

Klauzula dostarczenia OWU Ubezpieczonemu:

Ubezpieczający oświadczą, 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 Ubezpiezonego 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

OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI 01.09.2025r – 31.08.2026r



922001700808

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001700808**

Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 922001153146



## PŁATNOŚĆ / PAYMENT

|                                             |                                  |                                           |            |                                            |
|---------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|------------|--------------------------------------------|
| Odbiorca:<br><i>Payee</i>                   | STU ERGO Hestia SA               | Termin płatności:<br><i>Payment dates</i> | 2025-10-31 | Do zapłaty: 80 PLN<br><i>Total premium</i> |
| Nr konta:<br><i>Account number</i>          | 33 1240 6960 6013 9220 0170 0808 |                                           |            |                                            |
| Tytuł przelewu:<br><i>Reference</i>         | Polisa 922001700808              |                                           |            |                                            |
| Sposób płatności:<br><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*



922001700808

Załącznik do polisy **ERGO Biznes** nr 922001700808 - 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.