

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001169938**

Polisa zawarta na podstawie Oferty / *Policy concluded on the basis of the Offer* HB202409180813000102



UBEZPIECZAJĄCY / UBEZPIECZONY / *POLICYHOLDER / INSURED*

Ubezpieczający / Ubezpieczony:
Policyholder / Insured

ZESPÓŁ SZKÓŁ CENTRUM KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO IM. WINCENTEGO WITOSA
W BUJNACH
NIP / *Tax number:* 7711154445, REGON / *National Business Registry Number:* 000783568
adres / *address:* 97-371 BUJNY, UL. PIOTRKOWSKA 30
email: RADARODZICOW@ZSCKPBUJNY.PL, tel: (+48)608201041



OKRES UBEZPIECZENIA / *PERIOD OF INSURANCE*

Od / *From:* 2024-09-22 00:00 do / *to:* 2025-09-21 23:59



Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków / *The consequences of accidents*

Ubezpieczenie grupowe / *Group insurance*

Zakres ubezpieczenia: <i>Insurance scope</i>	całodobowy / <i>24-hour range</i> <i>Consequence of accident</i>
Suma ubezpieczenia: <i>Sum insured</i>	40 000 PLN
Klasa: <i>Risk Class</i>	niższego ryzyka / <i>lower risk</i>
System świadczeń: <i>System of benefits</i>	wariant I – system świadczeń proporcjonalnych / <i>proportional</i>
Zakres terytorialny: <i>Territorial scope</i>	Cały Świat / <i>The whole world</i>
Liczba ubezpieczonych: <i>Number of insured persons</i>	5
Składka / <i>Premium:</i>	290 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-01/24

Klauzule produktowe do zakresu ubezpieczenia

Klauzula zakresu terytorialnego

[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

Treść klauzul znajduje się w Załączniku do polisy.

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001169938**

Polisa zawarta na podstawie Oferty / *Policy concluded on the basis of the Offer* HB202409180813000102

Postanowienia dodatkowe do polisy/ *Additional provisions to the policy*

Integralną częścią polisy jest oferta na rok szkolny 2024/2025, ubezpieczonych za pośrednictwem Agencji nr 004738

UBEZPIECZENIA OD A DO Z

Nr oferty: Oferta Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków na rok szkolny 2024/2025 oraz OC z tytułu wykonywania czynności zawodowych (B)

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

Liczba osób ubezpieczonych : 5 (uczniów)

Składka od osoby: 58 zł

SU: 40 000 PLN

WARIANT III

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 2024r

OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI 18.09.2024r – 17.09.2025r



PŁATNOŚĆ / *PAYMENT*

Odbiorca: <i>Payee</i>	STU ERGO Hestia SA	Termin płatności: <i>Payment dates</i>	2024-10-31	Do zapłaty: 290 PLN <i>Total premium</i>
Nr konta: <i>Account number</i>	27 1240 6960 6013 9220 0116 9938			
Tytuł przelewu: <i>Reference</i>	Polisa 922001169938			
Sposób płatności: <i>Form of payment</i>	przelew / <i>transfer</i>			

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
MAGDALENA ZABOROWSKA
tel: 790790192, email: OCHRONAZKLASA.KONTAKT@GMAIL.COM
Agent / Ubezpieczyciel / *Insurer*

Podpis ubezpieczającego / *Signature of the policyholder*, 2024-09-19, DOROTOWO



Załącznik do polisy **ERGO Biznes** nr 922001169938 - Treść klauzul produktowych

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.

[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.