



922001159939

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001159939**

Polisa zawarta na podstawie Oferty / *Policy concluded on the basis of the Offer* HB2024.09092238000301

Postanowienia dodatkowe do polisy / Additional provisions to the policy

Integralną częścią polisy jest oferta na rok szkolny 2024/2025, ubezpieczonych za pośrednictwem Agencji SZKOLNA AGENCJA UBEZPIECZENIOWA ANNA SALIJ-KACZKOWSKA NR 028460

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: 150

Składka od osoby: 53,00 zł

SU: 35 000 PLN

Klauzula dostarczenia OWU Ubezpieczonemu:

Ubezpieczający oświadcza, że koszt składki ubezpieczeniowej w całości finansuje ubezpieczony i zobowiązuje się doręczać Ubezpieczonym (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: 31.10.2024

**PŁATNOŚĆ / PAYMENT**

Odbiorca: STU ERGO Hestia SA

Payee

Nr konta: 49 1240 6960 6013 9220 0115 9939

Account number

Tytuł przelewu: Polisa 922001159939

Reference

Sposób płatności: przelew / transfer

Form of payment

Termin płatności: 2024-10-31

Payment dates

Do zapłaty: 7 950 PLN

Total premium

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.

DYREKTOR SZKOŁY

mgr Marzena Chomicz-Wandycz

Podpis ubezpieczającego / *Signature of the policyholder*,
2024-09-11, GŁOGÓW

SZKOŁA PODSTAWOWA
im. Władysława St. Reymonta
w Trzebnicach

Trzebnice 113a, 59-140 Chocianów
tel./fax 76 817 41 06

NIP 692-11-21-026 Regon 001240019

SZKOLNA AGENCJA UBEZPIECZENIOWA ANNA SALIJ-
KACZKOWSKA, NIP: 6931848008

tel: +48730952230, email: SZKOLNAAGENCJA@VP.PL

ANNA SALIJ-KACZKOWSKA

tel: +48730952230, email: SZKOLNAAGENCJA@VP.PL

Agent / Ubezpieczyciel / *Insurer*



Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001159939**

Polisa zawarta na podstawie Oferty / *Policy concluded on the basis of the Offer* HB202409092238000301

**UBEZPIECZAJĄCY / UBEZPIECZONY / POLICYHOLDER / INSURED**

Ubezpieczający / Ubezpieczony:
Policyholder / Insured

SZKOŁA PODSTAWOWA IM. WŁADYSŁAWA ST.REYMONTA W TRZEBNICACH
NIP / Tax number: 6921121026, REGON / National Business Registry Number: 001240019
adres / address: 59-140 TRZEBNICE 113A

**OKRES UBEZPIECZENIA / PERIOD OF INSURANCE**

Od / From: 2024-09-01 00:00 do / to: 2025-08-31 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>	35 000 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>	150
Składka / Premium:	7 950 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

[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.