



922002277644

Polisa ubezpieczenia majątkowego / Property insurance policy ERGO Biznes nr / no **922002277644****UBEZPIECZAJĄCY / UBEZPIECZONY / POLICYHOLDER / INSURED****Ubezpieczający / Ubezpieczony:**
Policyholder / Insured**ZESPÓŁ SZKÓŁ PONADPODSTAWOWYCH W KRZESZOWICACH**
NIP / Tax number: 6761043606, REGON / National Business Registry Number: 000191000
adres / address: 32-065 KRZESZOWICE, UL. KRAKOWSKA 15**OKRES UBEZPIECZENIA / PERIOD OF INSURANCE****Od / From: 2026-09-04 16:00 do / to: 2027-09-03 23:59****Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków / The consequences of accidents****Ubezpieczenie grupowe / Group insurance****Zakres ubezpieczenia:**
Insurance scope całodobowy / 24-hour range *Consequence of accident***Suma ubezpieczenia:**
Sum insured 20 000 PLN**Klasa:**
Risk Class niższego ryzyka / lower risk**System świadczeń:**
System of benefits wariant III – system świadczeń stałych / constants**Zakres terytorialny:**
Territorial scope Cały Świat / The whole world**Liczba ubezpieczonych:**
Number of insured persons 250**Składka / Premium: 7 777 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

Ubezpieczenia dodatkowe <i>Additional insurance</i>	Rodzaj i wartość sumy ubezpieczenia <i>Type of Sum Insured</i>	Składka Premium
Koszty leczenia i rehabilitacji <i>Medical and rehabilitation expenses</i>	Limit odpowiedzialności <i>Limit of indemnity:</i> 2 000 PLN	556 PLN
Dziennie świadczenie szpitalne <i>A Daily hospital allowance in the territory of the RP</i>	Limit odpowiedzialności <i>Limit of indemnity:</i> 4 500 PLN	1 667 PLN

Składka łączna / Total Premium: 2 223 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.



922002277644

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922002277644**

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

Integralną częścią polisy jest oferta nr AMI/0012/0061/09/2026

LICZBA UBEZPIECZONYCH: 250

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 z 1 kwietnia 2025 r., kod: AB-BP-01/25), 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: 60 dni od wystawienia polisy



PŁATNOŚĆ / *PAYMENT*

Odbiorca: <i>Payee</i>	STU ERGO Hestia SA	Termin płatności: <i>Payment dates</i>	2026-11-03	Do zapłaty: 10 000 PLN <i>Total premium</i>
Nr konta: <i>Account number</i>	72 1240 6960 6013 9220 0227 7644			
Tytuł przelewu: <i>Reference</i>	Polisa 922002277644			
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.

DARIA MACA-ŚMIGACZ POŚREDNICTWO UBEZPIECZENIOWE,
NIP: 5492276525

tel: +48503342286, email: DARIA.MACA@O2.PL

DARIA MACA-ŚMIGACZ

tel: +48503342286, email: DARIA.MACA@O2.PL

Podpis ubezpieczającego / *Signature of the policyholder*, 2026-09-04,
JAWORZNO

Agent / Ubezpieczyciel / *Insurer*



Załącznik do polisy **ERGO Biznes** nr 922002277644 - 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, niepokoju społecznych, strajków, lokautów, sabotażu.