

Polisa ubezpieczenia majątkowego / Property insurance policy ERGO Biznes nr / no **922001709464**



UBEZPIECZAJĄCY / UBEZPIECZONY / POLICYHOLDER / INSURED

Ubezpieczający / Ubezpieczony:
Policyholder / Insured

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 63 IM. ANNY JASIŃSKIEJ
NIP / Tax number: 8971392188, REGON / National Business Registry Number: 000693150
adres / address: 50-057 WROCŁAW, UL. MENNICZA 21/23



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: całodobowy / 24-hour range
Insurance scope: Consequence of accident
Suma ubezpieczenia: 35 000 PLN
Sum insured:
Klasa: niższego ryzyka / lower risk
Risk Class:
System świadczeń: wariant I – system świadczeń proporcjonalnych / proportional
System of benefits:
Zakres terytorialny: Cały Świat / The whole world
Territorial scope:
Liczba ubezpieczonych: 9
Number of insured persons:
Składka / Premium: 477 PLN

Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie / This insurance policy has been concluded based on the General Terms and Conditions:
brak nazwy 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 nr MCH_1636_0090_01_2025 wariant 2 SU 35 000 Składka 53zł x 60 osób = 3 180zł. Klauzula dostarczenia OWU Ubezpieczonemu: Ubezpieczający oświadczają, 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: 60 dni od wystawienia polisy. "Okres ubezpieczenia: 01.09.2025r.- 31.08.2025r. pod warunkiem braku szkód w okresie 01.09.2025r.- 10.09.2025r.



PŁATNOŚĆ / PAYMENT

Odbiorca: STU ERGO Hestia SA
Payee:
Nr konta: 91 1240 6960 6013 9220 0170 9464
Account number:
Tytuł przelewu: Polisa 922001709464
Reference:
Sposób płatności: przelew / transfer
Form of payment:

Termin płatności: 2025-10-31
Payment dates:

Do zapłaty: 477 PLN
Total premium



922001709464

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001709464****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.

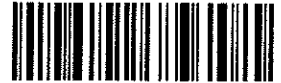
Oświadczam, że przed zawarciem ubezpieczenia dystrybutor zbadał i określił moje wymagania oraz potrzeby ubezpieczeniowe.

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.

Podpis ubezpieczającego / *Signature of the policyholder*, 2025-09-11,
GŁOGÓW

SZKOLNA AGENCJA UBEZPIECZENIOWA ANNA SALIJ-
KACZKOWSKA, NIP: 6931848008
tel: +48730952230, email: BIURO@SZKOLNAAGENCJA.PL
ANNA SALIJ-KACZKOWSKA
tel: +48730952230, email: BIURO@SZKOLNAAGENCJA.PL
Agent / Ubezpieczyciel / *Insurer*



922001709464

Załącznik do polisy **ERGO Biznes** nr 922001709464 - 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.