



Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001100948**

Polisa zawarta na podstawie Oferty / *Policy concluded on the basis of the Offer* HB202407151543001201

**UBEZPIECZAJĄCY / UBEZPIECZONY / POLICYHOLDER / INSURED**

**Ubezpieczający / Ubezpieczony:**  
*Policyholder / Insured*

II LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE IM. DR. WŁADYSŁAWA PNIEWSKIEGO W GDAŃSKU  
NIP / *Tax number:* 9570566275, REGON / *National Business Registry Number:* 192950238  
adres / *address:* 80-445 GDAŃSK, UL. JANA PESTALOCZKIEGO 7/9  
email: MARCEL.MOTYCKI@OCHRONAZKLASA.PL, tel: (+48)583414656,  
(+48)692345606

**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: całodobowy / *24-hour range* *Consequence of accident*

*Insurance scope*

Suma ubezpieczenia: 100 000 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: 5

*Number of insured persons*

Składka / *Premium:* 900 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.

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001100948**Polisa zawarta na podstawie Oferty / *Policy concluded on the basis of the Offer* HB202407151543001201**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&amp;Podróż (kod: PAT/OW071/2402) o zawarte w niej świadczenia oraz limity odpowiedzialności.

Liczba osób ubezpieczonych: 5 (uczniów)

Składka od osoby: 180 zł

SU: 100 000 PLN

WARIANT VI

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 2024

**PŁATNOŚĆ / PAYMENT**

Odbiorca: STU ERGO Hestia SA

Payee

Nr konta: 66 1240 6960 6013 9220 0110 0948

Account number

Tytuł przelewu: Polisa 922001100948

Reference

Sposób płatności: przelew / transfer

Form of payment

Termin płatności: 2024-10-31

Payment dates

Do zapłaty: 900 PLN

Total premium

**Oświadczenia Ubezpieczającego / Statements**

Oświadczam, że zostało mi okazane i zapoznałem się z treścią pełnomocnictwem 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

Podpis ubezpieczającego / *Signature of the*  
*policyholder*, 2024-07-19, DOROTOWOAgent / Ubezpieczyciel / *Insurer*



Załącznik do polisy **ERGO Biznes** nr 922001100948 - 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.