



Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922000603111**

Polisa zawarta na podstawie Oferty / *Policy concluded on the basis of the Offer* HB202307191529000501

Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 922000157600

**UBEZPIECZAJĄCY / UBEZPIECZONY / POLICYHOLDER / INSURED**

**Ubezpieczający / Ubezpieczony:**

*Policyholder / Insured*

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 3 IM. JANUSZA KORCZAKA W CZELADZI

NIP / *Tax number*: 6252045063, REGON / *National Business Registry Number*: 000727050

adres / *address*: 41-250 CZELADŹ, UL. STANISŁAWA STASZICA 47

email: SP3KORCZAK@SP3.CZELADZ.PL, tel: (+48)322652290

**OKRES UBEZPIECZENIA / PERIOD OF INSURANCE**

Od / *From*: 2023-09-01 00:00 do / *to*: 2024-08-31 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*

15 000 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*

192

Składka / *Premium*:

7 680 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-01/21

**Klauzule produktowe do zakresu ubezpieczenia****Wyczynowe uprawianie sportów / *Competition sports***

Limit odpowiedzialności:

odpowiedzialność Ubezpieczyciela do wysokości SU NNW lub SU KL

Treść klauzul znajduje się w Załączniku do polisy.

**Postanowienia dodatkowe do ubezpieczenia / *Additional provisions to the insurance***

Ubezpieczeni: Uczniowie Szkoły Podstawowej nr 3 w Czeladzi. SUMA UBEZPIECZENIA NNW - 11 000 zł. Forma ubezpieczenia: imienna.



922000603111

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922000603111**

Polisa zawarta na podstawie Oferty / *Policy concluded on the basis of the Offer* HB202307191529000501

Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 922000157600

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

Suma Ubezpieczenia 11 000 zł

Ubezpieczeni: Uczniowie SP nr 3 w Czeladzi reprezentowani przez Radę Rodziców i

Ubezpieczenie w formie bezimiennej.

ZAKRES ubezpieczenia rozszerzony o:

1. Wyczynowe uprawianie sportu
2. Zwrot kosztów leczenia NNW: do 20% sumy ubezpieczenia.
3. Dzielne świadczenie szpitalne chorobowe: 50,-zł./dzień
4. Dzielne świadczenie szpitalne w NNW: 50,-zł./dzień
5. Jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci w wyniku NNW jednego lub obojga przedstawicieli ustawowych

Składka od osoby: 40 PLN

Zakres i przedmiot ubezpieczenia zgodnie z WARUNKAMI SZCZEGÓLNYMI NR: KZD/1587/0001/05/2023 DO UBEZPIECZENIA NNW dla dzieci i młodzieży w wieku do 25 lat (OWU PAT/OW071/2108) oraz OC nauczyciela (WU Produkt: M-30), na rok szkolny 2023/2024 ubezpieczonych za pośrednictwem Agencji NR 024684, które stanowią Załącznik nr 1 do niniejszej polisy.

Opcja wypłaty nr 2 – wypłata odszkodowania na podstawie systemu świadczeń stałych, zgodnie z załącznikiem nr 1, 2, 3, 4 do niniejszej oferty. (Tabela świadczeń).

KLAUZULA o dostarczeniu OWU Ubezpieczającemu:

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 z dniem 01 sierpnia 2021 r, 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.

PŁATNOŚĆ:

Termin płatności składki odroczone do 31.10.2023r.



**PŁATNOŚĆ / PAYMENT**

Odbiorca: <i>Payee</i>	STU ERGO Hestia SA	Termin płatności: <i>Payment dates</i>	2023-09-19	Do zapłaty: <i>Total premium</i>	7 680 PLN
Nr konta: <i>Account number</i>	84124069606013922000603111				
Tytuł przelewu: <i>Reference</i>	Polisa 922000603111				
Sposób płatności: <i>Form of payment</i>	przelew / <i>transfer</i>				



922000603111

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922000603111**

Polisa zawarta na podstawie Oferty / *Policy concluded on the basis of the Offer* HB202307191529000501

Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 922000157600

### Oświadczenia Ubezpieczającego / *Statements*

Zgadzam się na otrzymywanie informacji handlowej od Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail) przy użyciu podanych przeze mnie danych kontaktowych firmy, którą reprezentuję/moich danych osobowych (w przypadku osoby fizycznej).

Wnoszę o przesyłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail) na podane dane kontaktowe firmy, którą reprezentuję/moje dane kontaktowe (w przypadku osoby fizycznej), a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych.

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*,  
2023-07-21, BYTOM

BONUS UBEZPIECZENIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ  
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, NIP: 6443464919  
tel: +48327675603, email: M.BIEDA@UNILINK.PL  
MICHAŁ BIEDA  
tel: +48601066816, email: M.BIEDA@UNILINK.PL

Agent / Ubezpieczyciel / *Insurer*

**BONUS**  
Ubezpieczenia Sp. z o.o.  
02-284 Warszawa, Al. Krakowska 2  
NIP 6443464919



922000603111

Załącznik do polisy **ERGO Biznes** nr 922000603111 - Treść klauzul produktowych

### **Wyczynowe uprawianie sportów/Competition sports**

Zgodnie z OWU B&P.