



Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922000157600**

Polisa zawarta na podstawie Oferty / *Policy concluded on the basis of the Offer* HB202207051508001806

**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

**OKRES UBEZPIECZENIA / PERIOD OF INSURANCE**

Od / *From:* 2022-09-01 00:00 do / *to:* 2023-08-31 23:59

**Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków / *The consequences of accidents*****Ubezpieczenie grupowe / *Group insurance***

Zakres ubezpieczenia: <i>Insurance scope</i>	całodobowy / <i>24-hour range</i> <i>Consequence of accident</i>
Suma ubezpieczenia: <i>Sum insured</i>	10 000 PLN
Klasa: <i>Risk Class</i>	niższego ryzyka / <i>lower risk</i>
System świadczeń: <i>System of benefits</i>	wariant III – system świadczeń stałych / <i>constants</i>
Zakres terytorialny: <i>Territorial scope</i>	Cały Świat / <i>The whole world</i>
Liczba ubezpieczonych: <i>Number of insured persons</i>	283
Składka / <i>Premium:</i>	10 754 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**Klauzula zakresu terytorialnego**

Treść klauzul znajduje się w Załączniku do polisy.

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

Ubezpieczeni: Uczniowie Szkoły Podstawowej nr 3 w Czelandzi.

SUMA UBEZPIECZENIA NNW - 11 000 zł



922000157600

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922000157600**Polisa zawarta na podstawie Oferty / *Policy concluded on the basis of the Offer* HB202207051508001806**Postanowienia dodatkowe do polisy/ Additional provisions to the policy****SU NNW - 11 000 zł**

ZAKRES ubezpieczenia rozszerzony o:

1. Wyczynowe uprawianie sportu
2. Zwrot kosztów leczenia NNW: do 20% sumy ubezpieczenia. (OPCJA 1)
3. Dzielne świadczenie szpitalne chorobowe: 50,-zł./dzień (OPCJA 3)
4. Dzielne świadczenie szpitalne w NNW: 50,-zł./dzień (OPCJA 4)

Zakres i przedmiot ubezpieczenia zgodnie z WARUNKAMI SZCZEGÓLNYMI NR SBA/1289/0034/05/2022 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 2022/2023 ubezpieczonych za pośrednictwem Agencji NR 024684, które stanowią Załącznik nr 1 do niniejszej polisy.

Wariant II- wypłata odszkodowania na podstawie systemu świadczeń stałych, zgodnie z załącznikiem nr 1,2,3,4 (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 o symbolu PAT/OW071/2108 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 obowiązki wskazany powyżej w zdaniu pierwszym wypełni wobec wszystkich Ubezpieczonych.

PŁATNOŚĆ:

Termin płatności składki odroczone do 30.10.2022r.

**PŁATNOŚĆ / PAYMENT**

Odbiorca: <i>Payee</i>	STU ERGO Hestia SA	Termin płatności: <i>Payment dates</i>	2022-07-15	Do zapłaty: <i>Total premium</i>	10 754 PLN
Nr konta: <i>Account number</i>	08 1240 6960 6013 9220 0015 7600				
Tytuł przelewu: <i>Reference</i>	Polisa 922000157600				
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 zawarłem 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*,
2022-07-08, CZELADŹ

BONUS UBEZPIECZENIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, NIP: 6443464919

tel: +48882784545, email: M.BIEDA@UNILINK.PL

MICHAŁ BIEDA

tel: +48601066816, email: M.BIEDA@UNILINK.PL

Agent / Ubezpieczyciel / *Insurer***UBEZPIECZENIA**

Michał Bieda
tel. 601-066-816

BONUS

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



Załącznik do polisy **ERGO Biznes** nr 922000157600 - Treść klauzul produktowych

Klauzula zakresu terytorialnego

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia uzgadnia się, że ochrona ubezpieczeniowa, niezależnie od wybranego zakresu terytorialnego, nie będzie świadczona w Iranie, obwodach: Ługańskim, Donieckim, Charkowskim, Kijowskim oraz Autonomicznej Republice Krymu, Abchazji i Południowej Osetii oraz państwach lub obszarach, objętych sankcjami lub w których aktualnie toczy się konflikt zbrojny (w tym Rosji, Białorusi i Ukrainie).