



903013819290

## Polisa Hestia Biznes 903013819290

Druk jest jednocześnie wnioskiem ubezpieczeniowym  
Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 903013473581

ORYGINAŁ

### Ubezpieczający

**nazwa** RADA RODZICÓW SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 3 IM. JANUSZA KORCZAKA W CZELADZI, NIP: 6252045063, REGON: 000727050  
**adres** 41-250 CZELADŹ, UL. STANISŁAWA STASZICA 47, tel. 322652290, SP3KORCZAK@OP.PL

### Ubezpieczony

**nazwa** UCZNIOWIE SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 3 IM. JANUSZA KORCZAKA W CZELADZI, NIP: 6252045063, REGON: 000727050  
**adres** 41-250 CZELADŹ, UL. STANISŁAWA STASZICA 47

### Płatności

#### Podsumowanie

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków 9 880 PLN

#### RAZEM DO ZAPŁATY

**9 880 PLN**

do zapłaty słownie: dziewięć tysięcy osiemset osiemdziesiąt 00/100 PLN

### Raty

**nr konta** 43 1240 6960 6013 9030 1381 9290  
**terminy i kwoty płatności** 2021-08-26, 9 880 zł  
Wybrany sposób płatności: przelew.

### Rodzaj prowadzonej działalności (PKD 2007)

Lp.	Symbol	Opis
1	85.20	Szkoły podstawowe

### Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

Okres ubezpieczenia	Zakres	Suma ubezpieczenia [PLN]	
2021-09-01 00:00 - 2022-08-31 24:00	pełny (całodobowy)	11 000	
Liczba osób zatrudnionych	Liczba osób ubezpieczonych	I klasa ryzyka (ponad 65 lat)	II klasa ryzyka (ponad 65 lat)
260	260	260 (0)	0 (0)

### Informacja o ubezpieczeniu

Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie OWU Hestia Biznes o symbolu B-iHB-01/18

### Odstępstwa

#### NNW

Ubezpieczenie NNW uczniów 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: 40,-zł./dzień
4. Dzielne świadczenie szpitalne w NNW: 40,-zł./dzień

Zakres i przedmiot ubezpieczenia zgodnie z WARUNKAMI SZCZEGÓLNYMI NR ASZ/0660/0051/04/2021 DO UBEZPIECZENIA NNW HESTIA BIZNES DLA dzieci i młodzieży w wieku do 25 lat na rok szkolny 2021/22, 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 Hestia Biznes, które weszły w życie z dniem 24 września 2018 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 30.10.2021r.



EHM01020600091302



903013819290

**Polisa Hestia Biznes 903013819290**Druk jest jednocześnie wnioskiem ubezpieczeniowym  
Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 903013473581  
**ORYGINAŁ****Oświadczenie Ubezpieczającego**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej administratora, stanowiącej załącznik do polisy.

Oświadczam, że zostało mi okazane i zapoznałem się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia umowy ubezpieczenia w imieniu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA oraz potwierdzam, że przed zawarciem umowy otrzymałem tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wraz z klauzulami dodatkowymi, na podstawie których umowę zawarto oraz zapoznałem się z nimi i zaakceptowałem ich treść.

**Oświadczam, że udzieliłem powyższych informacji zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i Oświadczam, że znane są mi sankcje przewidziane w art. 815 § 3 Kodeksu Cywilnego za udzielenie Ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji istotnych dla oceny ryzyka.**

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor:

- zbadał i określił moje wymagania oraz potrzeby ubezpieczeniowe;
- przekazał mi w zrozumiałej formie, jako ustandaryzowany dokument, wymagane ustawowo obiektywne informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym;
- udostępnił mi dokument pełnomocnictwa udzielonego dystrybutorowi przez ubezpieczyciela oraz przekazał mi wymagane ustawowo informacje o dystrybutorze.

~~Zgadzam się, aby moje dane osobowe przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie, mogły być udostępnione Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług, w tym prezentacji ofert ubezpieczenia.~~~~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, indywidualne konto internetowe udostępnione przez Ubezpieczyciela) na podane przeze mnie dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych.~~

\* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku braku zgody Ubezpieczającego na treść powyższej klauzuli, prosimy o jej wykreślenie w całości.

**2021-08-19, CZELADŹ**

data i miejsce zawarcia umowy ubezpieczenia

podpis Ubezpieczającego

**UBEZPIECZENIA**Michał Bieda  
tel. 601-066-816

podpis Ubezpieczyciela

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

EHM02020600091302

DU001/1808

Wydrukowano programem iPegaz  
w wersji 4.90.7 20210719\_1514

www.ergohestia.pl str. 2/2