

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001292643****UBEZPIECZAJĄCY / UBEZPIECZONY / POLICYHOLDER / INSURED****Ubezpieczający / Ubezpieczony:**  
*Policyholder / Insured*UNIwersytet TRZECIEGO WIEKU W STARGARDZIE  
NIP / Tax number: 8542165948, REGON / National Business Registry Number: 812546934  
adres / address: 73-110 STARGARD, UL. MARSZAŁKA PIŁSUDSKIEGO 105  
email: UTW@UTW.STARGARD.PL, tel: (+48)505357575**OKRES UBEZPIECZENIA / PERIOD OF INSURANCE**

Od / From: 2024-12-23 00:00 do / to: 2024-12-30 23:59

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

Zakres ubezpieczenia: <i>Insurance scope</i>	całodobowy / 24-hour range <i>Consequence of accident</i>
Suma ubezpieczenia: <i>Sum insured</i>	15 000 PLN
Klasa: <i>Risk Class</i>	wyższego ryzyka / higher risk
System świadczeń: <i>System of benefits</i>	wariant I – system świadczeń proporcjonalnych / proportional
Zakres terytorialny: <i>Territorial scope</i>	Cały Świat / The whole world
Liczba ubezpieczonych: <i>Number of insured persons</i>	6
Składka / Premium:	84 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 włączająca szkody powstałe po spożyciu alkoholu/ Inclusion clause for damages caused by the consumption of alcohol**

Limit odpowiedzialności: limit do 50% SU, nie więcej niż 50 000 PLN

Składka: 45 PLN

**Klauzula zakresu terytorialnego**

Treść klauzul znajduje się w Załączniku do polisy.

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001292643****PŁATNOŚĆ / PAYMENT**

Odbiorca: <i>Payee</i>	STU ERGO Hestia SA	Termin płatności: <i>Payment dates</i>	2024-12-25	Do zapłaty: <b>84 PLN</b> <i>Total premium</i>
Nr konta: <i>Account number</i>	27 1240 6960 6013 9220 0129 2643			
Tytuł przelewu: <i>Reference</i>	Polisa 922001292643			
Sposób płatności: <i>Form of payment</i>	przelew / <i>transfer</i>			

**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.

Zgadzam się, aby dane firmy, którą reprezentuję/ moje dane osobowe (w przypadku osoby fizycznej) 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.

Wyrażam zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach wskazanych w ofercie przekazanej mi z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.

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.

DOROTA WOJDAŁA "DJAM" AGENCJA USŁUGOWO-  
HANDLOWA, NIP: 8541010020

tel: +48601582701, email: DJAM@PRO.ONET.PL

DOROTA WOJDAŁA

tel: +48601582701, email: DJAM@PRO.ONET.PL

Agent / Ubezpieczyciel / Insurer

Data zawarcia umowy ubezpieczenia / *Policy created on:*  
2024-12-20



Załącznik do polisy **ERGO Biznes** nr 922001292643 - 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 włączająca szkody powstałe po spożyciu alkoholu/ Inclusion clause for damages caused by the consumption of alcohol**

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia postanawia się, że:

1. Z ochrony ubezpieczeniowej nie jest wyłączony nieszczęśliwy wypadek kiedy Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, którego poziom we krwi przekroczył 0,2‰ lub 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup> w wydychanym powietrzu.
2. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy Ubezpieczony prowadził wszelkiego rodzaju pojazdy i był sprawcą wypadku, gdzie zastosowanie mają obowiązujące przepisy dla kierowców pojazdów kraju na terenie, którego wydarzył się nieszczęśliwy wypadek.

### **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, niepokoїв społecznych, strajków, lokautów, sabotażu.