



Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001344854**

**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 JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 105

email: UTW@UTW.STARGARD.PL, tel: (+48)505357575

**OKRES UBEZPIECZENIA / PERIOD OF INSURANCE**

Od / From: 2025-02-08 00:00 do / to: 2025-02-15 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*wyższego ryzyka / *higher risk*

System świadczeń:

*System of benefits*wariant I – system świadczeń proporcjonalnych / *proportional*

Zakres terytorialny:

*Territorial scope*Cały Świat / *The whole world*

Liczba ubezpieczonych:

Number of insured persons

22

Składka / Premium:

264 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:

84 PLN

Klauzula zakresu terytorialnego

Treść klauzul znajduje się w Załączniku do polisy.



922001344854

Polisa ubezpieczenia majątkowego / Property insurance policy ERGO Biznes nr / no **922001344854****PŁATNOŚĆ / PAYMENT**

Odbiorca: Payee	STU ERGO Hestia SA	Termin płatności: Payment dates	2025-02-12	Do zapłaty: Total premium	264 PLN
Nr konta: Account number	31 1240 6960 6013 9220 0134 4854				
Tytuł przelewu: Reference	Polisa 922001344854				
Sposób płatności: Form of payment	przelew / transfer				

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.

PREZES
Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Stargardzie
Czesław JaskólskiDOROTA 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:
2025-01-29



922001344854

Załącznik do polisy **ERGO Biznes** nr 922001344854 - 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 wyłączone nieszczęśliwy wypadek kiedy Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, którego poziom we krwi przekroczył 0,2‰ lub 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ 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, niepokojów społecznych, strajków, lokautów, sabotażu.