



922001831501

Polisa ubezpieczenia majątkowego / Property insurance policy ERGO Biznes nr / no **922001831501****UBEZPIECZAJĄCY / UBEZPIECZONY / POLICYHOLDER / INSURED****Ubezpieczający / Ubezpieczony:**
Policyholder / InsuredUNIwersytet 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: 2025-12-30 00:00 do / to: 2026-01-03 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 / <i>higher risk</i>
System świadczeń: <i>System of benefits</i>	wariant I – system świadczeń proporcjonalnych / <i>proportional</i>
Zakres terytorialny: <i>Territorial scope</i>	Cały Świat / <i>The whole world</i>
Liczba ubezpieczonych: <i>Number of insured persons</i>	44
Składka / Premium:	407 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-01/25**Klauzule produktowe do zakresu 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, na jeden i na wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia
Składka:	181 PLN

Klauzula zakresu terytorialnego**[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
--------------------------	---

Treść klauzul znajduje się w Załączniku do polisy.

**PŁATNOŚĆ / PAYMENT**

Odbiorca: <i>Payee</i>	STU ERGO Hestia SA	Termin płatności: <i>Payment dates</i>	2025-12-26	Do zapłaty: 407 PLN Total premium
Nr konta: <i>Account number</i>	85 1240 6960 6013 9220 0183 1501			
Tytuł przelewu: <i>Reference</i>	Polisa 922001831501			
Sposób płatności: <i>Form of payment</i>	przelew / <i>transfer</i>			



922001831501

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001831501****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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych (w przypadku osoby fizycznej), w tym określenia preferencji i potrzeb ubezpieczeniowych, oraz wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych (w tym w imieniu podmiotu, który reprezentuję) przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. w Sopocie z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej (w szczególności na podany adres e-mail) oraz telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (w szczególności na podany numer telefonu). Twoją zgodę przekazemy do Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. w Sopocie. Od wyrażenia zgody nie uzależnia się zawarcia umowy 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:* 2025-12-12



922001831501

Załącznik do polisy **ERGO Biznes** nr 922001831501 - Treść klauzul produktowych

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 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.

[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.