



922001690909

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001690909**
Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 922001120197

**UBEZPIECZAJĄCY / UBEZPIECZONY / POLICYHOLDER / INSURED**

Ubezpieczający / Ubezpieczony:
Policyholder / Insured

MIEJSKI ŻŁOBEK
NIP / Tax number: 6462940172, REGON / National Business Registry Number: 363177467
adres / address: 43-140 LĘDZINY, UL. PADEREWSKIEGO 5A
email: ZLOBEKLEDZINY@GMAIL.COM, tel: (+48)327080123, (+48)533159658

**OKRES UBEZPIECZENIA / PERIOD OF INSURANCE**

Od / From: 2025-09-01 00:00 do / to: 2026-08-31 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>	25 000 PLN
Klasa: <i>Risk Class</i>	niższego ryzyka / lower 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>	51
Składka / Premium:	2 550 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

[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 zakresu terytorialnego

Treść klauzul znajduje się w Załączniku do polisy.

Postanowienia dodatkowe do polisy/ Additional provisions to the policy

Integralną częścią polisy jest oferta nr MCH/1636/0087/01/2025

Klauzula dostarczenia OWU Ubezpieczonemu:

Ubezpieczający oświadczają, że koszt składki ubezpieczeniowej w całości finansuje ubezpieczony i zobowiązuje się doręczać Ubezpieczonym (w tym również w formie elektronicznej) OWU Biznes&Podróż, które weszły w życie 12 lutego 2024 r. (kod: PAT/OW071/2402), 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.

Termin odroczenia płatności: 31 października 2025



922001690909

Polisa ubezpieczenia majątkowego / Property insurance policy ERGO Biznes nr / no **922001690909**
Polisa jest wznowieniem polisy o numerze 922001120197

**PŁATNOŚĆ / PAYMENT**

Odbiorca: Payee	STU ERGO Hestia SA	Termin płatności: Payment dates	2025-10-26	Do zapłaty: Total premium	2 550 PLN
Nr konta: Account number	71124069606013922001690909				
Tytuł przelewu: Reference	Polisa 922001690909				
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.

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.

DYREKTOR MIEJSKIEGO
ŻŁOBEK

mgr Kamila Kurek

Podpis ubezpieczającego / Signature of the policyholder, 2025-08-27,
TYCHY

KONCEPCJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,
NIP: 6460014432
tel: +48602677729, email: JERZY.SARNA@KONCEPCJA.PL
LILIANA KOTEWICZ
tel: +48605301961, email: LILIANA.KOTEWICZ@KONCEPCJA.PL
Agent / Ubezpieczyciel / Insurer

MIEJSKI ŻŁOBEK
43-140 Lędziny, ul. Paderewskiego 5A
NIP: 646-29-40-172, REGON 363177467
tel. (32) 708 01 23