



922001715340

Polisa ubezpieczenia majątkowego / Property insurance policy ERGO Biznes nr / no **922001715340****UBEZPIECZAJĄCY / UBEZPIECZONY / POLICYHOLDER / INSURED****Ubezpieczający / Ubezpieczony:**  
**Policyholder / Insured**II LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE IM. J. KORCZAKA W BOLESŁAWCU  
NIP / Tax number: 6121363549, REGON / National Business Registry Number: 230531995  
adres / address: 59-700 BOLESŁAWIEC, UL. DOLNE MŁYNY 60**OKRES UBEZPIECZENIA / PERIOD OF INSURANCE**

Od / From: 2025-09-01 00:00 do / to: 2026-08-31 23:59

**Następstwa Niez szczęśliwych 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>	40 000 PLN
Klasa: <i>Risk Class</i>	niższego ryzyka / <i>lower 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>	82
Składka / <i>Premium:</i>	4 756 PLN

**Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie / This insurance policy has been concluded based on the General Terms and Conditions:**  
brak nazwy 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 nrMCH/1636/0140/01/2025OPCJA: IIIKlauzula dostarczenia OWU Ubezpieczonemu: Ubezpieczający oświadcza, że koszt składki ubezpieczeniowej w całości finansuje ubezpieczony i zobowiązuje się doręczać Ubezpieczonemu (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. Okres ubezpieczenia: 01.09.2025r.-31.08.2026r. pod warunkiem braku szkód w okresie 01.09.2025r.-15.09.2025r.

**PŁATNOŚĆ / PAYMENT**

Odbiorca: <i>Payee</i>	STU ERGO Hestia SA	Termin płatności: <i>Payment dates</i>	2025-10-31	Do zapłaty: 4 756 PLN <i>Total premium</i>
Nr konta: <i>Account number</i>	34 1240 6960 6013 9220 0171 5340			
Tytuł przelewu: <i>Reference</i>	Polisa 922001715340			
Sposób płatności: <i>Form of payment</i>	przelew / <i>transfer</i>			



922001715340

Polisa ubezpieczenia majątkowego / *Property insurance policy* ERGO Biznes nr / no **922001715340**

**Oświadczenia Ubezpieczającego / Statements**

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**  
II Liceum Ogólnokształcącego  
  
mgr Mirosław Sakowski

SZKOLNA AGENCJA UBEZPIECZENIOWA ANNA SALIJ-  
KACZKOWSKA, NIP: 6931848008  
tel: +48730952230, email: BIURO@SZKOLNAAGENCJA.PL  
ANNA SALIJ-KACZKOWSKA  
tel: +48730952230, email: BIURO@SZKOLNAAGENCJA.PL

Podpis ubezpieczającego / *Signature of the policyholder*, 2025-09-16,  
GŁOGÓW

Agent / Ubezpieczyciel / *Insurer*

II LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE  
*im. Janusza Korczaka*  
ul. Dolne Młyny 60, 59-700 Bolesławiec  
tel./fax 75 734 53 13  
NIP 612-13-63-510 RECON 230531995  
e-mail: sekretariat@lo2.boleslawiec.pl



922001715340

Załącznik do polisy **ERGO Biznes** nr 922001715340 - 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 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, niepokoju społecznych, strajków, lokautów, sabotażu.

II Liceum Ogólnokształcące  
im. Janusza Korczaka  
ul. Dąbne Młyny 60, 59-700 Bolesławiec  
tel /fax 75 734 53 13  
NIP 612 10 60 010 REGON 230531005  
e-mail: sekretariat@lo2.boleslawiec.pl

DYREKTOR  
II Liceum Ogólnokształcącego  
  
mgr Miroslaw Sakowski

