

**UBEZPIECZAJĄCY / POLICY HOLDER**

Okres ubezpieczenia/Period of insurance **26.04.2022 - 25.04.2023**  
 Łączna liczba ubezpieczonych  
Total number of insured persons **1**  
 Łączna liczba osobo-dni  
Total number of person-days **365**

Polski Związek Kiteboardingu, Wai  
Miedzeszyński 377,  
03-980 Warszawa, POLSKA NIP: 1132875173

Ubezpieczony (imię i nazwisko/adres/PESEL)/Insured  
Franciszek Korewicki | PESEL: 04272700114

**UBEZPIECZONE RYZYKA/RISKS INSURED**

| ZAKRES UBEZPIECZENIA<br>SCOPE OF COVER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SYMBOL<br>SYMBOL | SUMA UBEZPIECZENIA<br>SUM INSURED                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SKŁADKA<br>PREMIUM |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>ŚMIERĆ W WYNIKU NW / IN THE EVENT OF DEATH</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>A05 - 12</b>  | <b>5 000,00 zł</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>20,00 zł</b>    |
| <b>ZAKRES UBEZPIECZENIA / SCOPE OF COVER</b><br>Nabycie środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych (zgodnie z OWU)<br>Przeszkolenie zawodowe inwalidów (zgodnie z OWU) / vocational training of the disabled<br>Odbudowa stomatologiczna zębów (zgodnie z OWU) / dental reconstruction of teeth<br>Przystosowanie do życia w niepełnosprawności<br>Wyczynowe uprawianie sportów z I,II i III klasy ryzyka                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  | <b>LIMIT</b><br>3000 PLN<br>3000 PLN<br>2000 PLN<br>5000 PLN<br>10000 PLN                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |
| <b>TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU NW, 100 % ŚWIADCZENIA (SYSTEM ŚWIADCZEŃ PROPORCJONALNYCH) / PERMANENT HEALTH DETRIMENT DUE TO ACCIDENT, 100% OF BENEFIT (BENEFIT PAID IN PROPORTION)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>A05 - 12</b>  | <b>10 000,00 zł</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>19,00 zł</b>    |
| <b>KOSZTY LECZENIA / MEDICAL EXPENSES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>B02 - 01</b>  | <b>40 000,00 zł</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>15,00 zł</b>    |
| <b>ZAKRES UBEZPIECZENIA / SCOPE OF COVER</b><br>Koszty transportu i repatriacji / transport and repatriation expenses<br>Bagaż podróżny / travel luggage<br>Nagle leczenie stomatologiczne<br>Gwarancja pokrycia kosztów leczenia<br>Organizacja transportu Ubezpieczonego do kraju, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza<br>Organizacja i pokrycie kosztów pobytu Ubezpieczonego w hotelu, w przypadku gdy transport nie może nastąpić bezpośrednio po zakończeniu leczenia<br>Organizacja i zwrot kosztów powrotu Ubezpieczonego do kraju w przypadku gdy po zakończeniu leczenia Ubezpieczony nie może powrócić zaplanowanym środkiem transportu<br>Sporty wysokiego ryzyka<br>Wyczynowe uprawianie sportu |                  | <b>LIMIT</b><br>do wysokości sumy ubezpieczenia KL<br>1000 PLN<br>2000 PLN<br>do wysokości sumy ubezpieczenia KL<br>do wysokości sumy ubezpieczenia KL<br>do wysokości sumy ubezpieczenia KL<br>do wysokości sumy ubezpieczenia KL<br>do wysokości sumy ubezpieczenia KL<br>do wysokości sumy ubezpieczenia KL<br>do wysokości sumy ubezpieczenia KL |                    |
| <b>ZWROT KOSZTÓW LECZENIA MA TERENIE RP W ZWIĄZKU Z NASTĘPSTWAMI NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>A05 - 16</b>  | <b>2 000,00 zł</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>5,00 zł</b>     |
| <b>UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ OSÓB FIZYCZNYCH W ŻYCIU PRYWATNYM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>M09 - 00</b>  | <b>20 000,00 zł</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>10,00 zł</b>    |
| <b>ZAKRES UBEZPIECZENIA / SCOPE OF COVER</b><br>szkody powstałe poza terytorium Polski (z wyłączeniem USA i Kanady)<br>szkody wyrządzone w związku z amatorskim uprawianiem sportu oraz sportów w ramach zorganizowanych sekcji lub klubów sportowych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  | <b>LIMIT</b><br>20000<br>20000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| <b>SKŁADKA / PREMIUM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>69,00 zł</b>    |

**INFORMACJE DODATKOWE**

Zakres terytorialny: cały Świat z wyłączeniem USA, Kanady i Japonii, Zakres czasowy: Zakres świadczeń: system świadczeń proporcjonalnych, Klasa ryzyka: Klasa III, Zakres KL: Umowę ubezpieczenia zawarto na podstawie Ogólne Warunki Ubezpieczenia Biznes & Podróż (PAT/OW071/2108) (AB-BP-01/21), OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ OSÓB FIZYCZNYCH W ŻYCIU PRYWATNYM NR OC/OW030/1809 Z DNIA 24.09.2018 R. WRAZ Z ANEKSEM NR 1 (01.10.2019r.), OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA BIZNES & PODRÓŻ NR PAT/OW071/1809 Z DNIA 24 WRZEŚNIA 2018 R.

**PLATNOŚĆ SKŁADKI**

Składka płatna przelewem na konto STU Ergo Hestia SA, 81-731 Sopot, ul. Hestii 1, Bank Pekao S.A., numer konta: 33 1240 5400 1111 0000 4916 5924 w tytule przelewu należy wpisać nr polisy WA50/000928/19/A/000688.

Płatności należy dokonać zgodnie z poniższym harmonogramem (termin płatności/kwota).

26.05.2022 / 69,00 zł

**OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA**

Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a Ubezpieczycielem mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, www.rf.gov.pl. który jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowych postępowań w świetle przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

**OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO**

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor



W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym:  
Koszty Leczenia oraz Assistance: +48 22 522 29 90, +48 22 232 29 90, NNW i OC: +48 801 107 107, +48 58 555 5 555

In case of an insurance event, please contact the Emergency [Alarm] Centre under the following phone numbers:  
Medical Expenses and Assistance: +48 22 522 29 90, +48 22 232 29 90, Personal Injury and Liability +48 801 107 107, +48 58 555 5 555

- zbadal i określił moje wymagania oraz potrzeby ubezpieczeniowe
- przekazał mi w zrozumiałej formie, jako ustandaryzowany dokument, wymagane ustawowo obiektywne informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym
- przekazał mi wymagane ustawowo informacje o dystrybutorze

Oświadczam, że zostało mi okazane i zapoznałem się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia umowy ubezpieczenia w imieniu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA oraz potwierdzam, że przed zawarciem umowy otrzymałem tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wraz z klauzulami dodatkowymi, na podstawie których umowę zawarło oraz zapoznałem się z nimi i zaakceptowałem ich treść. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczonemu. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu Ogólne Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem Ubezpieczycielowi.

Anna Zabłocka  
*Anna Zabłocka*  
Kierownik Zespołu Underwriterów  
Ubezpieczeń Korporacyjnych

27.04.2022 / 26.04.2022

Podpis Ubezpieczającego

Data wystawienia / Data zawarcia

Podpis Przedstawiciela STU ERGO Hestia SA



W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym:  
Koszty Leczenia oraz Assistance: +48 22 522 29 90, +48 22 232 29 90, NNW i OC: +48 801 107 107, +48 58 555 5 555

Strona 2 z 3

In case of an insurance event, please contact the Emergency [Alarm] Centre under the following phone numbers:  
Medical Expenses and Assistance: +48 22 522 29 90, +48 22 232 29 90, Personal Injury and Liability +48 801 107 107, +48 58 555 5 555

## KLAUZULA REKLAMACYJNA DLA KLIENTÓW SOPOCKIEGO TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ ERGO HESTIA SA

1. Ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba dochodząca roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, a także poszukujący ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawca gwarancji ubezpieczeniowej (klient) mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.

### 2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz agenta wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego ubezpieczyciela

- Reklamację można złożyć w następujący sposób:
  - przez formularz na stronie: [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl);
  - telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
  - pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
  - ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA.
- Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd ERGO Hestii.
- Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną – na wniosek osoby zgłaszającej reklamację.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację klient zostanie poinformowany w 30-dniowym terminie.
- W niestandardowych sprawach klient może zwrócić się do Rzecznika klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl).
- Klient może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego [www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl).

### 3. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez tzw. multiagenta, to jest agenta, który działa w imieniu lub na rzecz ERGO Hestii oraz innych ubezpieczycieli – w zakresie niezwiązanym z udzieloną ochroną ubezpieczeniową.

Reklamacje w zakresie niezwiązanym z udzieloną ochroną ubezpieczeniową należy składać bezpośrednio agentowi, który świadczył usługi w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Reklamacje rozpatrywane są bezpośrednio przez tego agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaze reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie klienta występującego z reklamacją.

## OŚWIADCZENIE O STATUSIE DUŻEGO PRZEDSIĘBIORCY

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000024812, NIP 585-000-16-90, o kapitale zakładowym 196.580.900 zł, który został opłacony w całości, posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.



W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym:  
Koszty Leczenia oraz Assistance: +48 22 522 29 90, +48 22 232 29 90, NNW i OC: +48 801 107 107, +48 58 555 5 555

Strona 3 z 3

In case of an insurance event, please contact the Emergency [Alarm] Centre under the following phone numbers:  
Medical Expenses and Assistance: +48 22 522 29 90, +48 22 232 29 90, Personal Injury and Liability +48 801 107 107, +48 58 555 5 555