

KARTA INFORMACYJNA DO POLISY NR 4212100283

DLA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Szkoła Podstawowa im. Karola Wojtyły w Bobrownikach
ul. Wyzwolenia 16 16
87-617 Bobrowniki

OSOBY UBEZPIECZONE

Uczniowie Placówki Oświatowej (Szkoła Podstawowa im. Karola Wojtyły w Bobrownikach)

OKRES UBEZPIECZENIA

Od 14.09.2018 r.

Do 31.08.2019 r.

OKRES OCHRONY

24 godziny na dobę (całodobowy), na całym świecie

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

Do umowy ubezpieczenia w zakresie postanowień sekcji I (Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków) mają zastosowanie załączone Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków dla Dzieci, Młodzieży oraz Pracowników w Placówkach Oświatowych, zatwierdzone przez dyrektora Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce z siedzib   w Warszawie w dniu 19 kwietnia 2018 r., mające zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 19 kwietnia 2018 r.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Polisa nr 4212100283 obejmuje zakres ubezpieczenia określony w Tabeli nr 1, z wy  luczeniem pozycji przy których wskazano „nie dotyczy”. Wszystkie wartości dla sum ubezpieczenia i sk  ladek podane są w polskich z  łoty  ch (PLN).

POSTANOWIENIA DODATKOWE

1. (*) Wypłacone zostanie tylko jedno świadczenie z tytułu ŚMIERCI NA SKUTEK NIESZCZ  LIWEGO WYPADKU lub ŚMIERCI NA SKUTEK NIESZCZ  LIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO lub ŚMIERCI NA TERENIE PLACÓWKI OŚWIATOWEJ.
2.   mier  , Całkowite lub Częściowe trwałe Inwalidztwo w następstwie wystawienia na działanie surowych warunków atmosferycznych będzie uznane za spowodowane Uszkodzeniem ciała.
3. Zakres   wiadcze  n zostaje rozszerzony o świadczenie z tytułu Uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub zdarzenia objętego umow  , które wymagało interwencji lekarskiej oraz co najmniej jednej wizyty kontrolnej, a nie skutkowało wyp  at   świadczenia zgodnie z Artykułem 7.1 lub 7.2. Limit odpowiedzialności dla tego świadczenia wynosi 1% sumy ubezpieczenia określonej dla Artykułu 7.2.   wiadczenie to wypłacane jest niezależnie od ewentualnej wypłaty   wiadcze  n z tytułu innych Artyku  w, określonych w Tabeli   wiadcze  n.
4. Zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o następstwa aktów terrorystycznych oraz wyczynowe uprawianie sportu.
5. Nie jest wymagane przesy  lanie do Ubezpieczyciela list Osób ubezpieczonych wraz z dokumentacj   związaną z umową ubezpieczenia. Listy te pozostają w Placówce Oświatowej.

Tabela nr 1

ZAKRES UBEZPIECZENIA		SUMA UBEZPIECZENIA (dla jednej osoby, na zdarzenie)	KWOTA ŚWIADCZENIA
Artykuł 6.1	ŚMIERĆ NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (w tym w wyniku zawału serca lub udaru mózgu)	12 000	12 000
	ŚMIERĆ NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO lub ŚMIERĆ NA TERENIE PLACÓWKI OŚWIATOWEJ (*)	17 000	17 000
	Dodatkowe świadczenie z tytułu śmierci Rodzica Osoby ubezpieczonej w następstwie NW	1 200	1 200
	Dodatkowe świadczenie: Koszty pogrzebu	5 000	do 5 000
	Dodatkowe świadczenie: Dodatek dla osoby ratującej życie	5 000	5 000
Artykuł 7.1	CAŁKOWITE TRWAŁE INWALIDZTWO	12 000	12 000
Artykuł 7.2	CZĘŚCIOWE TRWAŁE INWALIDZTWO (uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW)	12 000	1% Sumy Ubezpieczenia za 1% uszczerbku na zdrowiu
	W tym: Pogryzienie lub ukąszenie Osoby ubezpieczonej przez zwierzęta - jednorazowo	180	180
	W tym: Wstrząśnienie mózgu u Osoby ubezpieczonej w wyniku NW - jednorazowo	180	180
Artykuł 7.3	KOSZTY LECZENIA SKUTKÓW NW	1 200	do 1 200
Artykuł 7.4	ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POPARZEŃ	2 000	do 2 000
Artykuł 7.5A	ŚWIADCZENIE SZPITALNE Z TYTUŁU NW (dziennie, za każdy dzień pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt trwał co najmniej dwa dni, maksymalnie za 365 dni)	25	25
Artykuł 7.5B	ŚWIADCZENIE SZPITALNE Z TYTUŁU CHOROBY (dziennie, za każdy dzień pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt trwał co najmniej trzy dni, maksymalnie za 60 dni)	25	25
Artykuł 7.6	OKALECZENIE I OSZPECENIE TWARZY	2 500	do 2 500
Artykuł 7.7	USZKODZENIE ZĘBÓW NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	1 000	do 1 000
Artykuł 7.8	ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU PORAŻENIA / PARALIŻU	9 000	do 9 000
Artykuł 7.9	ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU PRZEBUDOWY DOMU ORAZ MODYFIKACJI POJAZDU	6 000	do 6 000
Załącznik nr 2	POWAŻNE ZACHOROWANIA	3 000	3 000
Składka za okres ubezpieczenia za Osobę ubezpieczoną		37	

ZGŁASZANIE ROSZCZEŃ

Roszczenie można zgłosić:

- 1) telefonicznie pod numerem tel. 22 528 51 00 (rejestracja szkody, udzielenie informacji; druk zgłoszenia szkody wraz dokumentacją należy wysłać e-mailem lub listem poleconym) lub
- 2) e-mailem na dedykowany adres: szkody@colonnade.pl (zgłoszenia wymagające oryginałów dokumentów lub kopii potwierdzonych za zgodność należy przesłać w formie listu poleconego na adres Colonnade) lub
- 3) listem poleconym na adres:
Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce
Dział Likwidacji Szkód
ul. Marszałkowska 111, 00-102 Warszawa