

Ubezpieczenie Szkolne V 184

Polisa typ 184 nr 001066481

Jednostka organizacyjna 513/000/00000/75005/34

OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia: od **01.09.2021 godz. 00:00** do **31.08.2022 godz. 23:59**

UBEZPIECZAJĄCY

Szkoła Podstawowa im. Tadeusza Kościuszki w Wykrotach

59-730 Wykroty, ul. Główna 108

REGON: 001179159

NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Szkoła Podstawowa im. Tadeusza Kościuszki w Wykrotach

59-730 Wykroty, ul. Główna 108

REGON: 001179159

Typ placówki: Szkoły podstawowe

UBEZPIECZONY

Dzieci, młodzież, osoby uczące się oraz personel placówki oświatowej - zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Suma/ limit ubezpieczenia/ gwarancyjna dla każdego Ubezpieczonego

ZAKRES PODSTAWOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	20 000 zł
Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji lub aktów terroru	10 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	20 000 zł
Dodatkowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek aktów terroru	10 000 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia przez psa lub kota, ukąszenia przez żmiję, użądlenia	200 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku w przypadku, gdy nie został orzeczony trwały uszczerbek na zdrowiu	150 zł
Zwrot kosztów operacji plastycznych wskutek nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek nieszczęśliwego wypadku	500 zł
Zwrot kosztów pomocy psychologicznej po nieszczęśliwym wypadku dla Ubezpieczonego	500 zł
Zwrot kosztów pomocy psychologicznej udzielonej opiekunowi prawnemu w związku ze śmiercią Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	200 zł
ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	8 000 zł
Klauzula nr 2 - dzienne świadczenie szpitalne	50 zł / dzień, limit 2 250 zł
Klauzula nr 4 - jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego	5 000 zł
Klauzula nr 5 - zasiłek dzienny z tytułu krótkotrwałej niezdolności do pracy lub nauki	10 zł / dzień, limit 1 800 zł
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	10 000 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego (limit na uszkodzenie sprzętu medycznego 500 zł)	8 000 zł
Klauzula nr 8 - zwrot kosztów pogrzebu w przypadku śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego	1 000 zł
Klauzula nr 9 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego w przypadku nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł
Klauzula nr 10 - dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby	35 zł / dzień, limit 2 000 zł
Klauzula nr 11 - Dziecko w sieci <i>W ramach skorzystania z klauzuli należy zadzwonić pod nr tel. +48 22 244 22 20 lub napisać na adres e-mail: me@imeworldwide.com podając nr uwidoczniiony na potwierdzeniu zawarcia umowy ubezpieczenia.</i>	2 zgłoszenia
Zwrot kosztów poszukiwania dziecka w przypadku zaginięcia	5 000 zł
Pomoc udzielana opiekunom prawnym w przypadku uprowadzenia ubezpieczonego dziecka <i>Pomoc jest udzielana po telefonicznym zgłoszeniu faktu uprowadzenia dziecka pod numer tel. +48 22 244 22 20</i>	1 zgłoszenie, pomoc 6 godzin
Klauzula nr 12 - odpowiedzialność cywilna dyrektora i personelu placówki oświatowej	Suma gwarancyjna 100 000 zł

LICZBA OSÓB

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 187 osób (w tym 13 osób zwolnionych z opłacania składki zgodnie z załącznikiem do polisy)

W zakresie ubezpieczenia NNW dyrektora i personelu placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC dyrektora i personelu placówki oświatowej: 30 osób

SKŁADKA

Składka płatna: przelewem

do dnia 31.10.2021

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: **45 zł**

za wszystkie osoby: **7 830 zł**

Składka za klauzulę nr 12: **150 zł**

Składka łączna z polisy: 7 980 zł

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: **15 1240 6957 7008 2200 1066 4814**

OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, iż przed podpisaniem polisy otrzymałem(am) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych - Ubezpieczenie Szkolne V 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 13/03/2020 z dnia 21 marca 2020r., zmienionych Aneks nr 1 zatwierdzonym uchwałą Zarządu nr 21/04/2021 z dnia 24 kwietnia 2021r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 30 kwietnia 2021 roku. Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję treść ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych - Ubezpieczenie Szkolne V 184 oraz, że zapoznałem(am) się z treścią pełnomocnictwa Przedstawiciela Compensy. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przez mnie w polisie o ubezpieczenie są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą i stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Zobowiązuję się do zapoznania Ubezpieczonych z treścią ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych - Ubezpieczenie Szkolne V 184.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń określił, na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, wymagania i potrzeby, w szczególności w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, oraz przekazał mi ustandaryzowany dokument zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że ustandaryzowany dokument ma charakter informacyjny i nie stanowi części zawartej umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.
- Oświadczam, że zawarta umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, zaś wszelkie rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w ustandaryzowanym dokumencie a treścią zawartej umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 ust. lub 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017, poz. 2486), a w szczególności poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia oraz możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązania umowy.

Wykroty, 01.09.2021

Miejscowość/data

Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

Podpis Ubezpieczającego

