

**Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków
dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu
w placówkach oświatowych - Ubezpieczenie Szkolne V 184**

**Polisa typ 184 nr 1047838
Jednostka organizacyjna 513/000/00000/75005**

OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia: od 01.09.2020 godz. 00:00 do 31.08.2021 godz. 23:59

UBEZPIECZAJĄCY

Szkoła Podstawowa im. Tadeusz Kościuszki w Wykrotach
59-730 Wykroty, ul. Główna 108
REGON: 001179159

NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Szkoła Podstawowa im. Tadeusz 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	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 - codzienne 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 dotyczy uszkodzeń 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 - codzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby	35 zł / dzień, limit 2 000 zł
Klauzula nr 11 - Dziecko w sieci	2 zgłoszenia
Zwrot kosztów poszukiwania dziecka w przypadku zaginięcia	5 000 zł
Pomoc udzielana opiekunom prawnym w przypadku uprowadzenia lub zaginięcia ubezpieczonego dziecka	1 zgłoszenie, pomoc 6 godzin
Klauzula nr 12 - odpowiedzialność cywilna dyrektora i personelu placówki oświatowej	100 000 zł

LICZBA OSÓB

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 180 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: 38 osób

SKŁADKA

Składka płatna: jednorazowo przelewem do dnia 31.10.2020

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 45 zł

za wszystkie osoby: 7 515 zł

Składka za klauzule nr 12 za 1 osobę: 5 zł

za wszystkie osoby: 190 zł

Składka łączna z polisy: 7 705 zł

słownie: siedem tysięcy siedemset pięć złotych

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 31 1240 6957 7008 2200 1047 8383

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 2020 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 15 kwietnia 2020 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 oraz osoby zainteresowane zawarciem umowy ubezpieczenia 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.

Miejscowość/data

Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

Podpis Ubezpieczającego

OŚWIADCZENIE WOLI W SPRAWIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH

Udzielona zgoda będzie ważna aż do wyraźnego odwołania. Przysługuje Pani/Panu prawo do odwołania w każdym czasie każdej z poniższych zgód poprzez skierowanie oświadczenia na adres e-mail: korespondencja@compensa.pl lub za pośrednictwem telefonu po numerem: +48 22 501 61 00 lub pisemnie na adres korespondencyjny:

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02- 342 Warszawa (Compensa)

1) Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

☐ TAK ☐ NIE

2) Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów

wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe).

☐ TAK ☐ NIE

Data i podpis osoby składającej oświadczenie

