

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

Polisa typ 184 nr 1044628
Jednostka organizacyjna 526/000/00000/75487

OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia: od 2020-09-01 godz. 00:00 do 2021-08-31 godz. 23:59

UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa: PUBLICZNA SZKOŁA PODSTAWOWA IM. WINCENTEGO WITOSA W BORKU STRZELIŃSKIM

REGON: 000704853

Adres: UL. SZKOLNA 3, 57-160 BORÓW

UBEZPIECZONY

Dzieci, młodzież, osoby uczące się do 20 roku życia – zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy.

Liczba dzieci, młodzieży, osób uczących się: 146

Liczba personelu placówki: 24

Dyrektor: 1

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Suma/ limit ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego

ZAKRES PODSTAWOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nw*	25 000 zł
Dodatkowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek aktów terroru	12 500 zł
Śmierć wskutek nw*	20 000 zł
Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek nw* w środku lokomocji lub 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 nw*, w przypadku gdy nie został orzeczony trwały uszczerbek na zdrowiu	150 zł
Zwrot kosztów zaleconej przez lekarza operacji plastycznej będącej następstwem nw*	10 000 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych w następstwie nw*	500 zł
Zwrot kosztów pomocy psychologicznej po nw*	500 zł
Zwrot kosztów pomocy psychologicznej udzielonej opiekunowi prawnemu w związku ze śmiercią Ubezpieczonego dziecka wskutek N	200 zł
ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 1 – zwrot kosztów leczenia	4 000 zł
Klauzula nr 2 – dzienne świadczenie szpitalne	30 zł dzień / limit 1 350 zł
Klauzula nr 4 – jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego	5 000 zł
Klauzula nr 6 – zwrot kosztów rehabilitacji	4 000 zł
Klauzula nr 7 – zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego (limit dot. uszkodzeń sprzętu medycznego 500 zł)	4 000 zł
Klauzula nr 9 – jednorazowe świadczenie w przypadku śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek nw*	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	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
Klauzula nr 12 – odpowiedzialność cywilna dyrektora i personelu placówki oświatowej	100 000 zł

*nw- Nieszczęśliwy Wypadek

SKŁADKA

Składka płatna: ☐ jednorazowo ☐ gotówką ☒ przelewem [do dnia 2020-10-31]

Składka z ubezpieczenia nnw za 1 osobę: [50,00 zł] za wszystkie osoby: 7 300,00 zł
Składka za klauzule nr 12 za 1 osobę: 5,00 zł za wszystkie osoby: 125 zł

Składka łączna z polisy: 7 425,00 zł [słownie: siedem tysięcy czterysta dwadzieścia pięć złotych i 00/100]

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 20 1240 6957 7008 2200 1044 6280

Przedstawiciel Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group w dniu zawarcia umowy otrzymał kwotę: []

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: korrespondencja@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

Kamila Jakubowska

Biuro Kierownictwa Okręgu

ul. Dzierżoniowska 5/13

57-100 Strzelin

tel. kom. (+48) 605 063 825

e-mail: kamila.jakubowska@ovb.com.pl

Data i Podpis osoby składającej oświadczenie