

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

**Polisa typ 184 nr 001030911
Jednostka organizacyjna 513/000/00000/44185**

OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia: od 01.09.2019 godz. 00:00 do 31.08.2020 godz. 23:59

UBEZPIECZAJĄCY

Zespół Szkół Zawodowych i Licealnych w Zgorzelcu
59-900 Zgorzelec, ul. Powstańców Śląskich 1
REGON 231083317

NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Zespół Szkół Zawodowych i Licealnych w Zgorzelcu
59-900 Zgorzelec, ul. Powstańców Śląskich 1
REGON 231083317

UBEZPIECZONY

Dzieci, młodzież, osoby uczące się do 20 roku życia - zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy.
Liczba dzieci, młodzieży, osób uczących się: 600
Liczba personelu placówki: 48
Dyrektor: 1

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Suma/ limit ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego

ZAKRES PODSTAWOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Śmierć wskutek NW*	25 000 zł
Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek NW* w środku lokomocji lub aktów terroru	12 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW*	30 000 zł
Dodatkowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek aktów terroru	15 000 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 operacji plastycznych wskutek NW*	12 000 zł
Zwrot kosztów poszukiwania dziecka w przypadku zaginięcia	5 000 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych w następstwie NW*	400 zł
Zwrot kosztów pomocy psychologicznej po NW*	400 zł
ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	5 000 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	5 000 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego (limit dot. uszkodzeń sprzętu medycznego 500 zł)	5 000 zł
Klauzula nr 9 - jednorazowe świadczenie na wypadek 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 - Bezpieczne dziecko w sieci	2 zgłoszenia
Klauzula nr 12 - odpowiedzialność cywilna dyrektora i personelu placówki oświatowej	100 000 zł

*NW - Nieszczęśliwy Wypadek

SKŁADKA

Składka płatna: przelewem	do dnia 31.10.2019
Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 50,00 zł	za wszystkie osoby: 30 000,00 zł
Składka za klauzule nr 12 za 1 osobę: 2,50 zł	za wszystkie osoby: 122,50 zł
Składka łączna z polisy: 30 122,50 zł	słownie: trzydzieści tysięcy sto dwadzieścia dwa złote 50/100
Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 31 1240 6957 7008 2200 1030 9118	

POSTANOWIENIA DODATKOWE

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 IV 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 31/03/2019 z dnia 25 marca 2019 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 15 kwietnia 2019 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 IV 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 IV 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(am) 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.

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

Lista osób ubezpieczonych do polisy **typ 184 nr 001030911**

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz wyrażeniem przeze mnie zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczenia otrzymałem/am Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych - Ubezpieczenie Szkolne IV 184 zatwierdzonych przez Zarząd Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 31/03/2019 z dnia 25 marca 2019 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 15 kwietnia 2019 roku.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych" Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.

Imię i nazwisko Ubezpieczonego	PESEL Ubezpieczonego	Podpis osoby pełnoletniej (rodzica/opiekuna Ubezpieczonego) – akceptacja oświadczenia

Miejscowość/data

Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

Podpis Ubezpieczającego