

**Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków
dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu**

Polisa typ 184 nr 1055313

Jednostka organizacyjna 523/000/00000/69932x w placówkach oświatowych – Ubezpieczenie Szkolne V 184

OKRES UBEZPIECZENIA od 2020-09-01 godz. 00:00 do 2021-08-31 godz. 23:59

UBEZPIECZAJĄCY : ZESPÓŁ SZKÓŁ nr 1 w Goleniowie, UL. MASZEWSKA 6, 72-100 GOLENIÓW, REGON:000180568

UBEZPIECZONY:

Dzieci, młodzież, osoby uczące się do 20 roku życia – zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy.
Liczba dzieci, młodzieży, osób uczących się: 250

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Suma/ limit ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego

ZAKRES PODSTAWOWY	SUMA / LIMIT
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
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 z 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

Ochrona ubezpieczeniowa zostaje rozszerzona o dodatkowy miesiąc dla uczniów ostatnich klas, do 30 września 2021

SKŁADKA

Składka płatna: jednorazowo gotówką przelewem do dnia 2020-10-31

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: **50,00 zł** za wszystkie osoby 12 500 zł

Składka łączna z polisy: 12 500 zł słownie: DWANAŚCIE TYSĘCY PIĘĆSET ZŁOTYCH

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 87 1240 6957 7008 2200 1055 3132

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

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