Infolinia Compensy: +48 22 501 61 00

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

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

Polisa typ 184 nr 1022559
Jednostka organizacyjna 503/000/00000/51942

1200004071004

OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia: od 2019-09-01 godz. 00:00 do 2020-08-31 godz. 23:59

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko/Nazwa: Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 1 REGON: 190408587

Adres: ul. Armii Krajowej 50/54, 81-843 Sopot

UBEZPIECZONY

Dzieci, młodzież, osoby uczące się do 20 roku życia – zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy.
Studenci – zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy
Liczba dzieci, młodzieży, osób uczących się: 270
Liczba personelu placówki: 54
Dyrektor: 2

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Suma/ limit ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego

ZAKRES PODSTAWOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Śmierć wskutek nw*	10 000 zł
Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek nw* w środku lokomocji lub aktów terroru	5 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nw*	15 000 zł
Dodatkowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek aktów terroru	7 500 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*	3 000 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych w następstwie nw*	400 zł
Zwrot kosztów poszukiwania dziecka w przypadku zaginięcia	5 000 zł
Zwrot kosztów pomocy psychologicznej po nw*	400 zł

ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 1 – zwrot kosztów leczenia	3 000 zł
Klauzula nr 2 – dzienne świadczenie szpitalne	30 zł
Klauzula nr 4 – jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego	5 000 zł
Klauzula nr 6 – zwrot kosztów rehabilitacji	3 000 zł
Klauzula nr 7 – zwrot kosztów [illegible]	[illegible]

Infolinia Compensy: +48 22 501 61 00

Składka za klauzule nr 12 za 1 osobę:**2,00 zł** za wszystkie osoby: 112 zł

Składka łączna z polisy: 9 022zł słownie: dziewięć tysięcy dwadzieścia dwa złote

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: **37 1240 6957 7008 2200 1022 5590**

OŚWIADCZENIA

1.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.
2. 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.
3. 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.
4. 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
5. 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.
6. 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.

Sopot 31.08.2018

Miejscowość/data

pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Vienna Insurance Group
Oddział Sądowy
81-855 Sopot, ul. Rzemieślnicza 33
Tel.: 058 / 520 86 30, faks: 058 / 520 86 29
NIP: 526-021-46-86, REGON 006216959

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

31.08.2018

Data i Podpis osoby składającej oświadczenie