

## Ubezpieczenie Szkolne V 184

Polisa typ 184 nr 001060981

Jednostka organizacyjna 534/000/00000/74742

### 1. OKRES UBEZPIECZENIA

Od: 2020-09-01 godz. 00:00 Do: 2021-08-31 godz. 23:59

### 2. UBEZPIECZAJĄCY

RADA RODZICÓW PRZY ZESPOLE SZKOLNO-PRZEDSZKOLNYM SZKOŁA PODSTAWOWA NR 4  
05-500 PIASECZNO UL. JANA PAWŁA II 55  
PESEL/REGON: 383122730

### 3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

RADA RODZICÓW PRZY ZESPOLE SZKOLNO-PRZEDSZKOLNYM SZKOŁA PODSTAWOWA NR 4  
05-500 PIASECZNO UL. JANA PAWŁA II 55  
REGON: 383122730

Typ placówki: Szkoły podstawowe

### 4. UBEZPIECZONY

Dzieci, młodzież, osoby uczące się oraz personel placówki oświatowej - zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy

### 5. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Suma / limit ubezpieczenia / gwarancyjna dla każdego Ubezpieczonego

#### ZAKRES PODSTAWOWY

#### SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA

|                                                                                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Śmierć wskutek NW                                                                                                           | 15 000 zł |
| Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji lub aktów terroru               | 7 500 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 operacji plastycznych wskutek NW                                                                              | 10 000 zł |
| Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek 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 NW | 200 zł    |

#### ZAKRES DODATKOWY

#### SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA

|                                                                                                               |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia                                                                        | 6 000 zł                                       |
| Klauzula nr 2 - dzienne świadczenie szpitalne                                                                 | 30 zł / dzień, limit 1 350 zł                  |
| Klauzula nr 3 - jednorazowe świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wskutek NW                              | 1 500 zł                                       |
| Klauzula nr 4 - jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego                        | 5 000 zł                                       |
| Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji                                                                   | 7 500 zł                                       |
| Klauzula nr 7 - zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego | 6 000 zł<br>(limit na uszk. sprz. med. 500 zł) |
| <b>Klauzula nr 11 - DZIECKO W SIECI</b>                                                                       | <b>2 zgłoszenia</b>                            |
| <b>Zwrot kosztów poszukiwania dziecka w przypadku zaginięcia</b>                                              | <b>5 000 zł</b>                                |
| <b>Pomoc udzielana opiekunom prawnym w przypadku uprowadzenia lub zaginięcia ubezpieczonego dziecka</b>       | <b>1 zgłoszenie, pomoc 6 godzin</b>            |
| Klauzula nr 12 - odpowiedzialność cywilna dyrektora i personelu placówki oświatowej                           | Suma gwarancyjna 100 000 zł                    |

### 6. LICZBA OSÓB

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 139 osób

W zakresie ubezpieczenia NNW dyrektora i personelu placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC dyrektora i personelu placówki oświatowej: 49 osób

### 7. SKŁADKA

Składka płatna:  gotówką  przelewem

do dnia 2020-10-31

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 49 zł

za wszystkie osoby: 6 811 zł

Składka za klauzulę 12 : 245 zł

**Składka łączna z polisy: 7 056 zł**

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group:

53 1240 6957 7008 2200 1060 9810

## 8. POSTANOWIENIA DODATKOWE

## 9. 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 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 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.

..... dn, .....

-----  
Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

-----  
Podpis Ubezpieczającego