

Ubezpieczenie Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych - Ubezpieczenie Szkolne II 184

Polisa typ 184 nr 001001262

Jednostka organizacyjna 511/000/00000/65817

1. OKRES UBEZPIECZENIA

Od: 2017-09-01godz. 00:00Do: 2018-08-31godz. 23:59

2. UBEZPIECZAJĄCY

SZKOŁA PODSTAWOWA IM. KSIĘDZA JANA TWARDOWSKIEGO W JANISZEWICACH
98-220 ZDUŃSKA WOLA JANISZEWICE 17
PESEL/REGON: 731638047

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

SZKOŁA PODSTAWOWA IM. KSIĘDZA JANA TWARDOWSKIEGO W JANISZEWICACH
98-220 ZDUŃSKA WOLA JANISZEWICE 17
REGON: 731638047 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 |
| Śmierć wskutek NW w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru | 7 500 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia) |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW | 15 000 zł |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru | 7 500 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia) |
| Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia, ukąszenia, użądlenia | 200 zł |
| Jednorazowe świadczenie z tytułu wystąpienia NW w przypadku, gdy nie został orzeczony trwały uszczerbek na zdrowiu | 225 zł |
| Zwrot kosztów operacji plastycznych wskutek NW | 6 000 zł |
| Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek NW | 400 zł |

ZAKRES DODATKOWY

| | SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA |
|--|-----------------------------------|
| Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia | 6 000 zł |
| Klauzula nr 2 - dzienne świadczenie szpitalne | 35 zł / dzień, limit 3 150 zł |
| Klauzula nr 4 - jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego | 1 000 zł |
| Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji | 6 000 zł |
| Klauzula nr 7 - zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia, nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego | 6 000 zł 500 zł |
| Klauzula nr 8 - zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osoby niepełnosprawnej | 7 500 zł |
| Klauzula nr 10 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | 1 500 zł |
| Klauzula nr 12 - dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby | 35 zł / dzień, limit 2000 zł |
| Klauzula nr 13 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nowotworem złośliwym | 1 000 zł |
| Klauzula nr 15 - COMPENSA iMe - Ubezpieczenie iMe Kids Secure | 1 zgłoszenie |
| Klauzula nr 17 - odpowiedzialność cywilna personelu placówki oświatowej | Suma gwarancyjna 100 000 zł |

6. LICZBA OSÓB

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 350 osób (w tym 35 osób zwolnionych z opłacenia składki)

W zakresie ubezpieczenia NNW personelu placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 42 osoby

7. SKŁADKA

Składka płatna: gotówką przelewem

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 46 zł

Składka za Klauzulę 17 za 1 osobę: 1 zł

do dnia 2017-10-31

za wszystkie osoby: 14 490 zł

za 42 osoby: 42 zł

Składka łączna z polisy: 14 532 zł

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

13 1240 6957 7008 2200 1001 2622

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 II 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 4/04/2017 z dnia 10 kwietnia 2017 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 18 kwietnia 2017 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 II 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 II 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.

KANCELARIA EGIDA
Magdalena Czerbniak
ul. Królewska 6, 98-220 Zduńska Wola
NIP 829-108-05-50, REGON 140918479
tel. 531 883 582

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) Zgoda na świadczenie usług drogą elektroniczną w celach marketingowych

Zgodnie z art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną wyrażam zgodę na przesyłanie na wskazany przeze mnie we wniosku / wnioskopolisie adres e-mail lub nr telefonu informacji handlowej przez Compensa

TAK

NIE

2) Zgoda na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących

Zgodnie z art. 172 ust. 1 Ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. prawo telekomunikacyjne wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu tejże ustawy dla celów marketingu bezpośredniego przez Compensa

TAK

NIE

..... dn,

Podpis Ubezpieczającego

INFORMACJE OD ADMINISTRATORA DANYCH

- Administratorem Danych Osobowych powierzonych przez Pana / Panią danych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162.
- Pana / Pani dane mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa z umowy ubezpieczenia zawartej z Panem/Panią.
- Przysługuje Panu /Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania
- Przysługuje Panu/Pani prawo do odwołania w każdym czasie udzielonych w niniejszym wniosku zgód.
- Pana /Pani dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.
- Poinformowano Pana / Panią o dobrowolności podania swoich danych osobowych.

ANEKS NR 1

DO POLISY typ 184 nr 001001262

Na podstawie § 1 ustęp 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia zatwierdzonych przez Zarząd Compensa TU S.A. VIG Uchwałą nr 4/04/2017 z dnia 10 kwietnia 2017 r. do umowy ubezpieczenia wprowadza się postanowienia dodatkowe.

Ochrona ubezpieczeniowa zostaje rozszerzona o:

Świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej Ubezpieczonego

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. *Ustala się, że z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych – ubezpieczenie szkolne V zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Goup nr 4/04/2017 z dnia 10 kwietnia 2017 r. zakres ochrony zostaje rozszerzony o świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej.*

§ 2. USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

1. *Definicja „Operacja chirurgiczna”: niezbędny z medycznego punktu widzenia, mający miejsce w okresie odpowiedzialności Compensa TU S.A. VIG, zabieg chirurgiczny, przeprowadzony w placówce medycznej na terenie RP przez wykwalifikowany personel medyczny, w celu wyleczenia, usunięcia, zmniejszenia skutków następstw nieszczęśliwego wypadku albo wyleczenia, zmniejszenia objawów choroby, pod warunkiem, że wypadek wystąpił, a choroba została zdiagnozowana w okresie odpowiedzialności Compensa TU S.A. VIG. Operacją chirurgiczną w rozumieniu niniejszej klauzuli nie są zabiegi przeprowadzone w celach diagnostycznych, zabiegi endoskopowe oraz zabiegi związane z porodem.*
2. *Compensa wypłaca świadczenie jednorazowe w wysokości 500 zł.*
3. *Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 następuje pod warunkiem dostarczenia Compensie karty informacyjnej z placówki medycznej.*

.....
(Ubezpieczający)

KANCELARIA EGIDA
Magdalena Czerbniak
ul. Królewska 6, 98-200 Żuńska Wola
NIP 829-108-05-50, REGON 100918479
tel. 531 883 582

.....
(Compensa TU S.A. VIG)

ANEKS NR 2

DO POLISY typ 184 nr 001001262

W związku z wprowadzeniem do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych, określonych w Aneksie nr 1, do umowy ubezpieczenia wprowadza się następujące zmiany

1. Zmianie ulega wysokość składki za 1 osobę

Na polisie jest

Składka za ubezpieczenie NNW za 1 osobę: 46 zł

Na polisie winno być

Składka za ubezpieczenie NNW za 1 osobę: 49 zł

2. Zmianie ulega wysokość składki za wszystkie osoby

Na polisie jest

Składka za wszystkie osoby: 14.490 zł

Na polisie winno być

Składka za wszystkie osoby: 15.435 zł

3. Zmianie ulega składka łączna z polisy

Na polisie jest

Składka za wszystkie osoby: 14.532 zł

Na polisie winno być

Składka za wszystkie osoby: 15.477 zł

.....
(Ubezpieczający)

KANCELARIA EGIDA
Magdalena Czerbniak
ul. Królewska 6, 98-220 Zduńska Wola
NIP 829-108-05-50, REGON 100918479
tel. 531 883 582

.....
(Compensa TU S.A. VIG)