

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

Polisa typ 184 nr 001008854

Jednostka organizacyjna 529

1. OKRES UBEZPIECZENIA

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

2. UBEZPIECZAJĄCY

Szkoła Podstawowa nr 2 w Zalasewie
ul. Jana Heweliusza 26, 62-020 Swarzędz
PESEL/REGON: 361764232

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Szkoła Podstawowa nr 2 w Zalasewie
ul. Jana Heweliusza 26, 62-020 Swarzędz
REGON: 361764232

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

ZAKRES PODSTAWOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Śmierć wskutek NW	12 000 zł
Śmierć wskutek NW w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru	6 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	12 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru	6 000 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	180 zł
Zwrot kosztów operacji plastycznych wskutek NW	4 800 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek NW	400 zł

ZAKRES DODATKOWY

ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	4 800 zł
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	4 800 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia, nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego	4 800 zł 500 zł
Klauzula nr 8 - zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osoby niepełnosprawnej	6 000 zł
Klauzula nr 10 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	1 500 zł
Klauzula nr 15 - COMPENSA iMe - Ubezpieczenie iMe Kids Secure	1 zgłoszenie
Klauzula nr 16 - odpowiedzialność cywilna dyrektora placówki oświatowej	Suma gwarancyjna 50 000 zł
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: 762 osoby (w tym 76 osób zwolnionych z opłacenia składki)

W zakresie ubezpieczenia NNW personelu placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 60 osób

7. SKŁADKA

Składka płatna: gotówką przelewem do dnia 2017-10-31
Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 36 zł za wszystkie osoby: 24 696 zł
Składka za Klauzulę 17 za 1 osobę: 1 zł za 60 osób: 60 zł
Składka za klauzulę 16 : 50 zł

Składka łączna z polisy: 24 806 zł

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

79 1240 6957 7008 2200 1008 8549

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Vienna Insurance Group
Oddział w Zielonej Górze
65-517 Zielona Góra, ul. Wiśniowa 19A
Tel.: 068 / 452 54 30, faks: 068 / 452 54 24
NIP: 526-021-46-86, P-006216959 (3)

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group

Al. Jerozolimskie 162
02-342 Warszawa

KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy
XII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 526 02 14 686
Kapitał zakładowy: 179 851 957,00 zł – opłacony w całości

Tel.: +48 22 / 501 60 00, 801 120 000
Faks: +48 22 / 501 60 01

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.

Helena Górska
dn. 31.08.2017

Magdalena Gregorczyk
Key Account Manager

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.

Województwo Mazowieckie
Vienna Insurance Group
Oddział w Zielonej Górze
65-517 Zielona Góra, ul. Wiśniowa 19A
Tel.: 068 / 452 54 30, faks: 068 / 452 54 24
NIP: 526-021-46-86, P-006216959 (3)