

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

Polisa typ 184 nr 1013565

Jednostka organizacyjna 503/000/00000/51942



OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia: od 2018-09-01 godz. 00:00 do 2019-08-31 godz. 23:59

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko/Nazwa: **Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 12**

PESEL/REGON: **364958215**

Adres: **ul. Dobrowolskiego 6, 80-287 Gdańsk**

UBEZPIECZONY

Dzieci, młodzież, osoby uczące się do 19 roku życia – zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy.

Liczba dzieci, młodzieży, osób uczących się: 400

Liczba personelu placówki: 57

Dyrektor: 1

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Suma/ limit ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego

| ZAKRES PODSTAWOWY | SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA |
|---|---|
| Śmierć wskutek nw | 30 000 zł |
| Śmierć wskutek nw w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru | 15 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia) |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nw | 35 000 zł |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru | 17 500 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia) |
| Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia przez psa lub kota, użądlenia | 200 zł |
| Zwrot kosztów operacji plastycznych wskutek nw | 6 000 zł |
| ZAKRES DODATKOWY | SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA |
| Klauzula nr 1 – zwrot kosztów leczenia | 6 000 zł |
| Klauzula nr 2 – dzienne świadczenie szpitalne | 35 zł |
| Klauzula nr 4 – jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego | 2 000 zł |
| Klauzula nr 6 – zwrot kosztów rehabilitacji | 6 000 zł |
| Klauzula nr 7 – zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego | 7 000 zł 500 zł |
| Klauzula nr 10 – jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek nw | 2 000 zł |
| Klauzula nr 12 – dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby | 35 zł |
| Klauzula nr 16 – odpowiedzialność cywilna dyrektora placówki oświatowej | 100 000 zł |
| Klauzula nr 17 – odpowiedzialność cywilna personelu placówki oświatowej | 100 000 zł |
| Klauzula nr 18 – odpowiedzialność za mienie powierzone na przechowanie do szatni | 3 000 zł/ limit na zdarzenie 200 zł |
| Klauzula nr 19 – odpowiedzialność cywilna z tytułu prowadzenia żywienia zbiorowego w placówce oświatowej | 100 000 zł |

SKŁADKA

Składka płatna: ☒ jednorazowo ☐ gotówką ☒ przelewem do dnia 2018-10-31

Infolinia Compensy: +48 22 501 61 00

Składka z ubezpieczenia nnw za 1 osobę: **57,00 zł**

za wszystkie osoby: 22.800 zł

Składka łączna z polisy: **22 800 zł**

słownie: dwadzieścia dwa tysiące osiemset złotych

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: **54 1240 6957 7008 2200 1013 5656**

Klauzula początku odpowiedzialności : Początek odpowiedzialności rozpoczyna się od daty określonej w polisie jako początek okresu ubezpieczenia mimo nieopłacenia składki przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.

Klauzula rozliczenia składki : Rozliczenie składki nastąpi do dnia 31.10.2018 r. po dostarczeniu do Compensa TU SA VIG ostatecznej liczby osób, które przystąpiły do ubezpieczenia.

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 III 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 12/04/2018 z dnia 13 kwietnia 2018 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 24 kwietnia 2018 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 III 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 III 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.

Izabela Kominek

Izabela Kominek
Specjalista

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Vienna Insurance Group
Dzielnica Gdańsk
Sopot 9-01-2018r.

Miejscowość/data pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

podpis Ubezpieczającego

81-855 Sopot, ul. Rzemieślnicza 33
Tel.: 058 / 520 86 30, faks: 058 / 520 86 29
NIP: 526-021-46-86, E-006216959 (*)

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: korrespondencja@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

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Vienna Insurance Group
Dzielnica Gdańsk
81-855 Sopot, ul. Rzemieślnicza 33
Tel.: 058 / 520 86 30, faks: 058 / 520 86 29
NIP: 526-021-46-86, E-006216959 (*)

Data i Podpis osoby składającej oświadczenie