

## Ubezpieczenie Szkolne V 184

**Polisa typ 184 nr 001047685**

Jednostka organizacyjna 526/000/75470/2020

### 1. OKRES UBEZPIECZENIA

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

### 2. UBEZPIECZAJĄCY

Rada Rodziców przy Szkole Podstawowej nr 2 w Siechnicach  
ul. Księżnej Anny z Przemysłodów 6,55-011 Siechnice  
PESEL/REGON: 367993821

### 3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Rada Rodziców przy Szkole Podstawowej nr 2 w Siechnicach  
ul. Księżnej Anny z Przemysłodów 6,55-011 Siechnice  
REGON: 367993821 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	37 000 zł
Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji lub aktów terroru	18 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	27 000 zł
Dodatkowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek aktów terroru	13 500 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	10 000 zł
Klauzula nr 2 - dzienne świadczenie szpitalne	30 zł / dzień, limit 1 350 zł
Klauzula nr 4 - jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego	5 000 zł
Klauzula nr 5 - zasiłek dzienny z tytułu krótkotrwałej niezdolności do pracy lub nauki	15 zł / dzień, limit 2 700 zł
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	10 000 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego	10 000 zł (limit na uszk. sprz. med. 500 zł)
Klauzula nr 9 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego w przypadku nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł
Klauzula nr 10 - dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby	35 zł / dzień, limit 2 000 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: 100 osób

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

W zakresie ubezpieczenia OC dyrektora i personelu placówki oświatowej: 20 osób

### 7. SKŁADKA

Składka płatna:  gotówką  przelewem do dnia 2020-10-31  
Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 80 zł za wszystkie osoby: 8 000 zł  
Składka za klauzulę 12 : 100 zł

**Składka łączna z polisy: 8 100 zł**

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

73 1240 6957 7008 2200 1047 6851

## 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