

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

**Polisa typ 184/1070275  
Jednostka organizacyjna 526/000/0000/40361  
Nr brokera 90045**

**OKRES UBEZPIECZENIA**

Okres ubezpieczenia: od 2021-09-01 godz. 00:00 do 2022-08-31 godz. 23:59

**UBEZPIECZAJĄCY**

Rada Rodziców przy SP nr 6 w Zamościu im. Szymona Szymonowica  
ul. Orła 5, 22-400 Zamość

REGON: 000720036 Typ placówki: Szkoła podstawowa

**UBEZPIECZONY**

Dzieci, młodzież, osoby uczące się do 20 roku życia – zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy.

Liczba dzieci, młodzieży, osób uczących się: 450 osób

Liczba personelu placówki w zakresie NNW: 48 osób

Liczba personelu placówki wraz z dyrektorem w zakresie OC: 49 osób

**ZAKRES UBEZPIECZENIA**

Suma/ limit ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego

ZAKRES PODSTAWOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	30 000 zł
Dodatkowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek aktów terroru	15 000 zł
Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	30 000 zł
Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji lub aktów terroru	15 000 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia przez psa lub kota, ukąszenia przez żmiję, użądlenia	200 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, w przypadku gdy nie został orzeczony trwały uszczerbek na zdrowiu	150 zł
Zwrot kosztów zaleconej przez lekarza operacji plastycznej będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych w następstwie nieszczęśliwego wypadku	400 zł
Zwrot kosztów pomocy psychologicznej po nieszczęśliwym wypadku	400 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	70 zł dzień / limit 3 150 zł
Klauzula nr 3 – jednorazowe świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wskutek NW	3 000 zł
Klauzula nr 4 – jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego	5 000 zł
Klauzula nr 6 – zwrot kosztów rehabilitacji	10 000 zł
Klauzula nr 7 – zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego (limit dot. uszkodzeń sprzętu medycznego 500 zł)	10 000 zł
Klauzula nr 8 - zwrot kosztów pogrzebu w przypadku śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego	1 000 zł
Klauzula nr 9 – jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł
Klauzula nr 10 – dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby	35 zł dzień / 2 000 zł
Klauzula nr 11 – Dziecko w sieci	2 zgłoszenia
Zwrot kosztów poszukiwania dziecka w przypadku zaginięcia	5 000 zł
Pomoc udzielana opiekunom prawnym w przypadku uprowadzenia lub zaginięcia ubezpieczonego dziecka	1 zgłoszenie
Klauzula nr 12 – odpowiedzialność cywilna dyrektora i personelu placówki oświatowej	Suma gwarancyjna 100 000 zł Składka 5 zł / osobę

**SKŁADKA**

Składka płatna:  jednorazowo  gotówką  przelewem do dnia: 2021-10-31

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: **55 zł** za wszystkie osoby: 27 390 zł

Składka za klauzulę nr 12 za 1 osobę: **5 zł** za wszystkie osoby: 245 zł

Składka łączna z polisy: **27 635 zł**

Słownie: dwadzieścia siedem tysięcy sześćset trzydzieści pięć złotych i 00/100

Nr konta Compensa TU SA Vienna Insurance Group: **52 1240 6957 7008 2200 1070 2754**

## POSTANOWIENIA DODATKOWE

---

Zwolnionych do 5% - 23 osoby zgodnie z listą

## 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 r., zmienionych Aneksem nr 1 zatwierdzonym uchwałą Zarządu nr 21/04/2021 z dnia 24 kwietnia 2021 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 30 kwietnia 2021 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 ubezpieczeniu 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.

Wrocław, 31.08.2021 r

\_\_\_\_\_  
Miejscowość/data

\_\_\_\_\_  
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](mailto: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) 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

\_\_\_\_\_  
Data i Podpis osoby składającej oświadczenie

