

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

**Polisa typ 184 nr 001007219**

Jednostka organizacyjna WROCLAW

**1. OKRES UBEZPIECZENIA**

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

**2. UBEZPIECZAJĄCY**

PRZEDSZKOLE NR 117 FIOŁKOWA KRAINA  
UL. FIOŁKOWA 7A, 53-239 WROCLAW  
PESEL/REGON: 930112839

**3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ**

PRZEDSZKOLE NR 117 FIOŁKOWA KRAINA  
UL. FIOŁKOWA 7A, 53-239 WROCLAW  
REGON: 930112839

Typ placówki: Żłobki i przedszkola

**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 5 - zasiłek dzienny z tytułu krótkotrwałej niezdolności do pracy lub nauki	15 zł / dzień, limit 2,700 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 9 - zwrot kosztów pogrzebu w przypadku śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego	1 000 zł
Klauzula nr 13 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nowotworem złośliwym	1 000 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: 100 osób

W zakresie ubezpieczenia NNW personelu placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 10 osób

**7. SKŁADKA**

Składka płatna:  gotówką  przelewem do dnia 2017-10-31  
Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 45 zł za wszystkie osoby: 4,500 zł  
Składka za Klauzulę 17 za 1 osobę: 1 zł za 10 osób: 10 zł

**Składka łączna z polisy: 4,510 zł**

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

82 1240 6957 7008 2200 1007 2199

## 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.

..... dn, .....

-----  
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) 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.