

Ubezpieczenie Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych - Ubezpieczenie Szkolne II 184
Polisa typ 184 nr 001008267
Jednostka organizacyjna 526/000/000000/40214

1. OKRES UBEZPIECZENIA

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

2. UBEZPIECZAJĄCY

Zespół Szkolno-Przedszkolny
Tyniec Mały, ul. Szkolna 2, 55-040 Kobierzyce
PESEL/REGON: 022444582

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Zespół Szkolno-Przedszkolny
Tyniec Mały, ul. Szkolna 2, 55-040 Kobierzyce
REGON: 022444582

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	25 000 zł
Śmierć wskutek NW w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru	12 500 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	20 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru	10 000 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	300 zł
Zwrot kosztów operacji plastycznych wskutek NW	8 000 zł
Zwrot kosztów korepcyjnej niezbędnych wskutek NW	400 zł
ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	8 000 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 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	8 000 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia, nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego	8 000 zł 500 zł
Klauzula nr 10 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	1 500 zł

6. LICZBA OSÓB

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 210 osób

W zakresie ubezpieczenia NNW personelu placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 15 osób

7. SKŁADKA

Składka płatna: gotówką przelewem do dnia 2017-10-31

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 50 zł za wszystkie osoby: 10 500 zł

Składka łączna z polisy: 10 500 zł

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 23 1240 6957 7008 2200 1008 2670

8. POSTANOWIENIA DODATKOWE

9. 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 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 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.

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 II 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.

A-GRAND Przemysław Jaworski

Multifacjencja Ubezpieczeniowa

ul. Wileńska 50/51/52 Wrocław

tel. +48 71 338 600

Wrocław, 31.08.2017 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 wyrażnego odwołania. Przystępuje 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. Jerolimskie 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 / wnoskopisie 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

1. 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. Jerolimskie 162.
2. Pana / Pani dane mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa z umowy ubezpieczenia zawartej z Panem/Panią.
3. Przystępuje Panu /Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania
4. Przystępuje Panu/Pani prawo do odwołania w każdym czasie udzielonych, w niniejszym wniosku zgód.
5. Pana /Pani dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.
6. Poinformowano Pana / Panią o dobrowności podania swoich danych osobowych.

Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

POLISA typ _____ nr _____ Ubezpieczenie Imienne Bezimiennie

Data _____ Godzina _____ min _____ Miejsce _____
wypadku _____

2. **UBEZPIECZAJĄCY / PRACODAWCA / UCZELNIA**
Imię i nazwisko / Nazwa (pieczęć) _____
Oświadczam, że poszkodowany jest objęty ochroną ubezpieczeniową.

Adres z kodem pocztowym _____
podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej

3. **POSZKODOWANY / UBEZPIECZONY**

Imię i nazwisko _____

Adres z kodem pocztowym _____

PESEL _____ Telefon / faks / e-mail _____

Poszkodowany jest zawodnikiem klubu Tak Nie

Imię i nazwisko wiciociela konta _____
Bank i numer konta, na które ma być przekazane odszkodowanie _____

4. OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG WYPADKU, RODZAJ DOZNANYCH OBRAŻEŃ

Dokładny opis _____

5. RODZICE / OPIEKUNOWIE PRAWNI

Imię i nazwisko ojca _____ PESEL _____

Imię i nazwisko matki _____ PESEL _____

Adres z kodem pocztowym _____ E-mail _____

6. DODATKOWE INFORMACJE

Czy na miejsce zdarzenia wzywana była Policja? Tak Nie Jednostka Policji _____

Poszkodowany był trzeźwy w chwili wypadku Tak Nie Przewidywany termin zakończenia leczenia _____

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy _____

Jezeli ubezpieczony uległ wypadkowi podczas prowadzenia pojazdu – podać nr i kategorię Prawa Jazdy / Narty Rowarowej _____

UWAGA! Obowiązkowo należy załączyć do zgłoszenia szkody – kartę informacyjną lub inny dokument z placówki medycznej z opisem obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem i datą wypadku.

data _____ data _____ data _____

podpis Ubezpieczającego _____ podpis Poszkodowanego _____
podpis przedstawiciela Compensy

7. **OSWIADCZENIE**
Oświadczam, iż wyrażam zgodę na informowanie imię o przebiegu procesu likwidacji szkody, w tym o dokumentach niezbędnych do rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia oraz o podjętej decyzji za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Tak Nie Adres e-mail _____

8. OSWIADCZENIE W SPRAWIE PRZEKAZYWANIA DANYCH OSOBOWYCH PROFESJONALNYM PODMIOTOM, KTÓRE ZAJMUJĄ SIĘ LIKWIDACJĄ SZKOD

W związku z tym, że likwidacja szkody wymaga współpracy Compensy TU S.A. Vienna Insurance Group z innymi, profesjonalnymi podmiotami, zgodnie z art. 23 i 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie i przekazywanie przez Compensę TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, takich jak imiona, nazwisko, adres zamieszkania, adres dla korespondencji, numer telefonu, adres e-mail, niezbędnych w procesie likwidacji szkody, innym podmiotom prawa polskiego, którym Compensę TU S.A. Vienna Insurance Group zleca czynności ubezpieczeniowe w postaci usług w zakresie likwidacji szkód.

Data _____ czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę _____

Informacje od Administratora Danych Osobowych

Zgodnie z art. 24 i 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.), informuję, że:

1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Compensę TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162,

2) ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,

3) Pan/Pani dane osobowe jako poszkodowanego mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensę TU S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia,

4) Pan/Pani dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie postanowień ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U.: 2013, poz. 950, z późn. zm.)

5) Pan/Pani dane osobowe mogą być przekazywane lub udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa, a także, jeżeli wyraził Pan/wyraziła Pani na to zgodę, podmiotom (nazwy i adresy podmiotów są umieszczone na stronie internetowej www.compensa.pl), z którymi Compensę Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.

9. ZGODA NA UDOSTĘPIENIE INFORMACJI

Wyrażam zgodę w trybie art. 23 w zw. z art. 22 ust. 1 i 3 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U. 2013, poz. 950, z późn. zm.) na udostępnianie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych spółce działającej pod firmą Compensę TU S.A. Vienna Insurance Group lub jej przedstawicielowi informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu leczenia i przyczynie śmierci.

Data _____ czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę _____

Compensę Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group
KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy: XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 526 02 14 686, Kapitał zakładowy: 143 985 157,00 zł – opłacony w całości

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
Compensę Kontakt: +48 22 501 61 00, 801 120 000

<http://www.exploer.net.pl> Polecenie przelewu / wpłaty gotówkowa

nazwa odbiorcy: **COMPENSA TU S.A. VIG**
 nazwa odbiorcy cd.: **AL. JEROZOLIMSKIE 162, 02-342 WARSZAWA**

I.k. nr rachunku odbiorcy: **23124069577008220010082670**
 waluta: **W P** kwota: **50,00**

nr rachunku zlecającego (przelew) / kwota słownie (wpłata):
 nazwa zlecającego:
 nazwa zlecającego cd.:
 tytułem:

Ubezpieczenie NNW Przedszkole w Tyńcu Małym
Imię i nazwisko, polisa nr 184/1008267

pieczęć, data i podpis zlecającego na ostatnim blankiecie

Oplata:

<http://www.exploer.net.pl> Polecenie przelewu / wpłaty gotówkowa

nazwa odbiorcy: **COMPENSA TU S.A. VIG**
 nazwa odbiorcy cd.: **AL. JEROZOLIMSKIE 162, 02-342 WARSZAWA**

I.k. nr rachunku odbiorcy: **23124069577008220010082670**
 waluta: **W P** kwota: **50,00**

nr rachunku zlecającego (przelew) / kwota słownie (wpłata):
 nazwa zlecającego:
 nazwa zlecającego cd.:
 tytułem:

Ubezpieczenie NNW Przedszkole w Tyńcu Małym
Imię i nazwisko, polisa nr 184/1008267

pieczęć, data i podpis zlecającego na ostatnim blankiecie

Oplata: