

**Ubezpieczenie Szkolne V 184
oferta specjalna wariant I**

Polisa typ 184 nr 001063859

Jednostka organizacyjna 526/000/0000/75475

1. OKRES UBEZPIECZENIA

Od: 2021-09-01 godz. 00:00 Do: 2022-08-31 godz. 23:59

2. UBEZPIECZAJĄCY

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 113 IM. ADAMA RAPACKIEGO
UL. ZEMSKA 16C, 54-438 WROCŁAW
PESEL/REGON: 932851469

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 113 IM. ADAMA RAPACKIEGO
UL. ZEMSKA 16C, 54-438 WROCŁAW
REGON: 932851469 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	10 000 zł
Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji lub aktów terroru	5 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	15 000 zł
Dodatkowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek aktów terroru	7 500 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 dla ubezpieczonego	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	2 000 zł
Klauzula nr 2 - dzienne świadczenie szpitalne	15 z / dzień (limit 675 zł)
Klauzula nr 4 - jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego	3 000 zł
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	2 000 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego	3 000 zł (limit na uszk. sprz. med. 500 zł)
Klauzula nr 10 - dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby	10 zł / dzień (limit 2 000 zł)

Klauzula nr 11 - DZIECKO W SIECI

W ramach skorzystania z klauzuli należy zadzwonić pod nr tel. +48 22 244 22 20 lub napisać na adres e-mail: me@imeworldwide.com podając nr uwidoczony na potwierdzeniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

2 zgłoszenia

Zwrot kosztów poszukiwania dziecka w przypadku zaginięcia

5 000 zł

Pomoc udzielana opiekunom prawnym w przypadku uprowadzenia ubezpieczonego dziecka

1 zgłoszenie, pomoc 6 godzin

Pomoc jest udzielana po telefonicznym zgłoszeniu faktu uprowadzenia dziecka pod numer tel. +48 22 244 22 20

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
W zakresie ubezpieczenia OC w życiu prywatnym: 0 osób

7. SKŁADKA

Składka płatna: gotówką przelewem
Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 44 zł
Składka za klauzulę 12 : 100 zł

do dnia 2021-10-31
za wszystkie osoby: 4 400 zł

Składka łączna z polisy: 4 500 zł

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

65 1240 6957 7008 2200 1063 8597

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 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 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 rozwiązywania umowy.

..... dn,

Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

Podpis Ubezpieczającego