

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

Polisa typ 184 nr 1008639
Jednostka organizacyjna 513/000/00000/62040

OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia: od 01.09.2017 godz. 00:00 do 31.08.2018 godz. 23:59

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko/Nazwa: Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych

PESEL/REGON: 532385933

Adres: 46-380 Dobrodzień ul. Oleska 7

NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Typ placówki: zespół szkół

Nazwa placówki: Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych

PESEL/REGON: 532385933

Adres: 46-380 Dobrodzień ul. Oleska 7

UBEZPIECZONY

Dzieci, młodzież, osoby uczące się oraz personel placówki oświatowej - zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Suma/ limit ubezpieczenia / gwarancyjna dla każdego Ubezpieczonego

ZAKRES PODSTAWOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Śmierć wskutek NW	15 000,00 zł
Śmierć wskutek NW w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru	7 500zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	15 000,00 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru	7 500zł (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	225,00 zł
Zwrot kosztów operacji plastycznych wskutek NW	6 000,00 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek NW	400,00 zł
ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	3 750,00zł
Klauzula nr 2 - dzienne świadczenie szpitalne	35zł / dzień, limit 3 150zł
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	10zł / dzień, limit 1 800zł
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	3 750,00zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia, nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego	3 750zł 500 zł
Klauzula nr 10 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	1 500 zł
Klauzula nr 11 - dodatkowy miesiąc ubezpieczenia	TAK
Klauzula nr 12 - dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby	35zł / dzień, limit 2 000zł
Klauzula nr 15 - COMPENSA iMe - Ubezpieczenie iMe Kids Secure	1 zgłoszenie
Klauzula nr 17 - odpowiedzialność cywilna personelu placówki oświatowej	Suma gwarancyjna 100 000 zł

LICZBA OSÓB

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 217 osób (w tym 21 osób zwolnionych z opłacenia składki)

W zakresie ubezpieczenia NNW personelu placówki oświatowej: 0,00 osób

W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 31 osób

SKŁADKA

Składka płatna: przelewem do dnia 15.10.2017

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 45 zł za wszystkie osoby: 8820,00 zł
 Składka za Klauzulę 17 za 1 osobę: xxx zł za wszystkie osoby: 10 zł

Składka łączna z polisy: 8830 zł słownie: osiem tysięcy osiemset trzydzieści złotych

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 64 1240 6957 7008 2200 1008 6394

Przedstawiciel Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group w dniu zawarcia umowy otrzymał kwotę: 0,00 zł

POSTANOWIENIA DODATKOWE

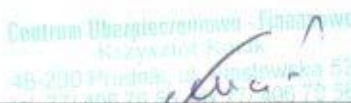
OŚWIADCZENIA

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 Compensa. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze 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.

2. Zobowiązuje 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.

Dobrodzień, dn. 31/08/2017


Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensa

DYREKTOR

mgr Joachim Włoczyk
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 lub za pośrednictwem telefonu pod 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 przysyłanie 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

Dobrodzień, dn. 31/08/2017

DYREKTOR

mgr Joachim Włoczyk
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. Jerozolimskie 162.
2. Pana / Pani dane mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa z umowy ubezpieczenia zawartej z Panem/Panią.
3. Przysługuje Panu /Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.
4. Przysługuje 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 dobrowolności podania swoich danych osobowych.