

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

Polisa typ 184 nr 001005644

Jednostka organizacyjna 526/000/0000/78015

1. OKRES UBEZPIECZENIA

Od: 2016-09-01 godz. 00:00 Do: 2017-08-31 godz. 23:59

2. UBEZPIECZAJĄCY

Zespół Szkół Zawodowych i Licealnych im Górników i Energetyków Turowa w Zgorzelcu
59-900 Zgorzelec, ul. Powstańców Śląskich 1
PESEL/REGON: 231083317

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Zespół Szkół Zawodowych i Licealnych im Górników i Energetyków Turowa w Zgorzelcu
59-900 Zgorzelec, ul. Powstańców Śląskich 1
REGON: 231083317
Typ placówki: Zespoły szkół

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
Śmierć wskutek NW w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru	5 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	10 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru	5 000 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	150 zł
Zwrot kosztów operacji plastycznych wskutek NW	4 000 zł

ZAKRES DODATKOWY

SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA

Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	4 000 zł
Klauzula nr 2 - dzienne świadczenie szpitalne	35 zł / dzień
Klauzula nr 3 - jednorazowe świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wskutek NW	1 000 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
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	4 000 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych	4 000 zł
Klauzula nr 10 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	1 500 zł
Klauzula nr 12 - odpowiedzialność cywilna dyrektora placówki oświatowej	Suma gwarancyjna 50 000 zł
Klauzula nr 13 - odpowiedzialność cywilna personelu placówki oświatowej	Suma gwarancyjna 100 000 zł

6. LICZBA OSÓB

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 620 osób (w tym 62 osoby zwolnione z opłacenia składki)

W zakresie ubezpieczenia NNW personelu placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 50 osób

7. SKŁADKA

Składka płatna: ☐ gotówką ☒ przelewem do dnia 2016-10-31

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 63 zł za wszystkie osoby: 35 154 zł
 Składka za Klauzulę 13 za 1 osobę: 1 zł za 50 osób: 50 zł
 Składka za klauzulę 12: 50 zł

Składka łączna z polisy: 35 254 zł

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 23 1240 6957 7008 8800 1005 6447

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 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 8/04/2016 z dnia 11 kwietnia 2016 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 18 kwietnia 2016 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 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 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.

Agnieszka Zimaszek
dn. 31.08.2016r.

Key Account Manager

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 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.