COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

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

Polisa typ 184 nr 001008917

Jednostka organizacyjna 534/000/00000/74181

1. OKRES UBEZPIECZENIA

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

2. UBEZPIECZAJĄCY

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 72 IM.PRZYJACIÓŁ GROCHOWA
04-385 WARSZAWA, UL.PACA 44
PESEL/REGON: 000801527

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 72 IM.PRZYJACIÓŁ GROCHOWA
04-385 WARSZAWA, UL.PACA 44
REGON: 000801527 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	20 000 zł
Śmierć wskutek NW w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru	10 000 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
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek NW	400 zł

ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 3 - jednorazowe świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wskutek NW	1 000 zł
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	4 000 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia, nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego	4 000 zł 500 zł
Klauzula nr 10 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	1 500 zł
Klauzula nr 15 - COMPENSA iMe - Ubezpieczenie iMe Kids Secure	1 zgłoszenie
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: 480 osób (w tym 48 osób zwolnionych z opłacenia składki)
W zakresie ubezpieczenia NNW personelu placówki oświatowej: 0 osób
W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 74 osoby

7. SKŁADKA

Składka płatna: ☒ gotówką ☐ przelewem do dnia 2017-09-30
Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 35 zł za wszystkie osoby: 15 120 zł
Składka za Klauzulę 17 za 1 osobę: 1 zł za 74 osoby: 74 zł

Składka łączna z polisy: 15 194 zł

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 39 1240 6957 7008 2200 1008 9172

Przedstawiciel Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group w dniu zawarcia umowy otrzymał kwotę: 15 194 zł

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 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. 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.

WA-WA dn. 31.08.2017

Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

DYREKTOR SZKOŁY
mgr Dorota Binda

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

WA-WA dn. 31.08.2017

Podpis Ubezpieczającego

DYREKTOR SZKOŁY
mgr Dorota Binda

INFORMACJE OD ADMINISTRATORA DANYCH

1. Administratorem Danych Osobowych powierzonych przez Pana / Panią danych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insuracne 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.