

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

Polisa typ 184 nr 1001912
Jednostka organizacyjna 502/000/00000/63440
Agent 75286/112

OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia: od 2017-09-01 godz. 00:00 do 2018-08-31 godz. 23:59

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko/Nazwa: **Szkoła Podstawowa nr 13 w Olsztynie** PESEL/REGON: 000716371

Adres: **Aleksandra Puszkina 11**
10-295 Olsztyn

UBEZPIECZONY

- Dzieci, młodzież, osoby uczące się do 20 roku życia – zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy.
 Studenci – zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy.

Liczba osób: 500

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Suma/ limit ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego

ZAKRES PODSTAWOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Śmierć wskutek nnw	10 000 zł
Śmierć wskutek nnw komunikacyjnego	5 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Śmierć wskutek aktów sabotażu i terroru	5 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nnw	15 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru	15 000 zł
ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 1 – zwrot kosztów leczenia	3 000 zł
Klauzula nr 2 – dzienne świadczenie szpitalne	35 zł
Klauzula nr 4 – jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego	1 000 zł
Klauzula nr 6 – zwrot kosztów rehabilitacji	3 000 zł
Klauzula nr 7 – zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia, nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego (limit dot. uszkodzeń sprzętu medycznego 500 zł)	3 000 zł
Klauzula nr 10 – jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	1 000 zł
Klauzula nr 12 - dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby	35 zł
Zwrot kosztów operacji plastycznych wskutek nw (zgodnie z § 3 ust 1 pkt. 7 OWU)	3 000 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia, ukąszenia, użądlenia (zgodnie z § 3 ust 2 pkt. 5 OWU)	200 zł
Klauzula nr 16 – odpowiedzialność cywilna Dyrektora placówki oświatowej	100 000 zł
Klauzula nr 17 – odpowiedzialność cywilna personelu placówki oświatowej	100 000 zł
Klauzula nr 18 – odpowiedzialność cywilna za mienie powierzone na przechowanie do szatni	3 000 zł / limit na zdarzenie 200 zł
Klauzula nr 19 – odpowiedzialność cywilna z tytułu prowadzenia żywienia zbiorowego w placówce oświatowej	100 000 zł

SKŁADKA

Składka płatna: gotówką przelewem do dnia 2017-09-30

Składka z ubezpieczenia nnn za 1 osobę: **33,00 zł** za wszystkie osoby: 16.500 zł

Składka łączna z polisy: 16.500 zł słownie: szesnaście tysięcy pięćset złotych

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: **02 1240 6957 7008 2200 1001 9125**

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

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 zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 4/04/2017 z dnia 10 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 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. 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.

BIURO UBEZPIECZEŃ CMF
Jarosław Łunio
ul. Okrzei 19/10-266 Olsztyn
NIP: 7392862940, e-mail: biuro.olsztyn@cmf.pl
tel. 89 526 10 51

RADA RODZICÓW
przy SZKOLE PODSTAWOWEJ Nr 13
w Olsztynie

Częstochowa 31-07-2017
Miejscowość/data

pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

M. Majda - Bicielo
podpis Ubezpieczającego
Przedstawiciel RR

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

M. Majda - Bicielo
Data i Podpis osoby składającej oświadczenie

INFORMACJE OD ADMINISTRATORA DANYCH

Zgodnie z art. 24.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych informujemy, że:

- 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