COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

Ubezpieczenie Szkolne V 184

Polisa typ 184 nr 001065370

Jednostka organizacyjna 508/004/64675

1. OKRES UBEZPIECZENIA

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

2. UBEZPIECZAJĄCY

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 55 IM. JAROSŁAWA IWASZKIEWICZA W KRAKOWIE
UL. DOBCZYCKA 20, 30-620 KRAKÓW
PESEL/REGON: 001061156

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 55 IM. JAROSŁAWA IWASZKIEWICZA W KRAKOWIE
UL. DOBCZYCKA 20, 30-620 KRAKÓW
REGON: 001061156 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	11 000 zł
Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji lub aktów terroru	5 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	11 000 zł
Dodatkowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek aktów terroru	5 500 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	4 400 zł
Klauzula nr 2 - dzienne świadczenie szpitalne	50 zł / dzień, limit 2 250 zł
Klauzula nr 4 - jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego	5 000 zł
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	5 500 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego	4 400 zł (limit na uszk. sprz. med. 500 zł)
Klauzula nr 10 - dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby	35 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 uwidoczniony 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 *Pomoc jest udzielana po telefonicznym zgłoszeniu faktu uprowadzenia dziecka pod numer tel. +48 22 244 22 20*	**1 zgłoszenie, pomoc 6 godzin**
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: 340 osób
W zakresie ubezpieczenia NNW dyrektora i personelu placówki oświatowej: 0 osób
W zakresie ubezpieczenia OC dyrektora i personelu placówki oświatowej: 46 osób
W zakresie ubezpieczenia OC w życiu prywatnym: 0 osób

7. SKŁADKA

Składka płatna: ☒ gotówką ☐ przelewem do dnia 2021-10-15
Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 40 zł za wszystkie osoby: 13 600 zł
Składka za klauzulę 12 : 230 zł

Składka łączna z polisy: 13 830 zł

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 72 1240 6957 7008 2200 1065 3700

Przedstawiciel Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group w dniu zawarcia umowy otrzymał kwotę: 13 830 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 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.
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 V 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.
4. 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
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.
6. 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 rozwiązania umowy.

KRAKÓW dn. 31.08.2021

POŚREDNICTWO UBEZPIECZENIOWE I FINANSOWE
»AGAWA« Stanisław Barnaś
33-156 SKRZYSZÓW 66
tel. 014 627 40 66
NIP 873-104-28-27; REGON 850547335

Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

DYREKTOR SZKOŁY
mgr Janusz Świerczek

Podpis Ubezpieczającego