

Typ polisy: **185**  
numer: **1078915**



Zgłoszenie szkody: **Zgłoszenie szkody: zgloszenie.compensa.pl | +48 22 501 61 00**  
**CENTRUM ALARMOWE +48 22 501 33 33**

**OKRES UBEZPIECZENIA**

Od **2025-09-01** r. godz. 00:00 do **2026-08-31** r. godz. 23:59 liczba dni **365**

**TYP I FORMA UBEZPIECZENIA**

Typ ubezpieczenia: **Roczny** Forma ubezpieczenia: **Grupowa z listą ubezpieczonych**

**TYP PLACÓWKI/PODMIOTU**

**Szkoły podstawowe (zespoły szkolno-przedszkolne)**

**DANE PLACÓWKI/PODMIOTU**

Nazwa: **SZKOŁA PODSTAWOWA NR 55 IM. JAROSŁAWA IWASZKIEWICZA W KRAKOWIE**  
REGON: **001061156**  
Adres korespondencyjny: **UL. DOBCZYCKA 20, 30-620 KRAKÓW**

**UBEZPIECZAJĄCY**

Nazwa firmy: **SZKOŁA PODSTAWOWA NR 55 IM. JAROSŁAWA IWASZKIEWICZA W KRAKOWIE**  
REGON: **001061156**  
Adres korespondencyjny: **UL. DOBCZYCKA 20, 30-620 KRAKÓW**

**UBEZPIECZENI**

- Dzieci, młodzież - w zakresie NW
- Nauczyciele – w zakresie OC
- Dyrektor – w zakresie OC
- Osoby ubezpieczone – zgodnie z załączoną listą

**ZAKRES UBEZPIECZENIA**

Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież	Wariant 1
<b>Uszkodzenie ciała w następstwie NW oraz pomoc powypadkowa</b> <i>również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia</i>	17 000 zł
Uszczerbki do 25% - wypłata za 1% uszczerbku	170 zł
Uszczerbki powyżej 25% - wypłata 2% SU za 1% uszczerbku	340 zł
Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę	5% wypłaconego świadczenia z tytułu NW
<b>Śmierć w następstwie NW</b> <i>również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia</i>	17 000 zł
<b>Śmierć w środku lokomocji – w następstwie NW, w tym również w wypadku komunikacyjnym</b>	17 000 zł <b>łącznie świadczenie do wypłaty 34 000 zł</b> (Śmierć w następstwie NW + Śmierć w środku lokomocji)
<b>Śmierć na terenie placówki oświatowej – w następstwie NW</b>	34 000 zł <b>łącznie świadczenie do wypłaty 51 000 zł</b> (Śmierć w następstwie NW + Śmierć na terenie placówki oświatowej)
<b>Psycholog dla rodziny w razie śmierci Ubezpieczonego</b> <i>zwrot kosztów pomocy psychologicznej dla opiekuna prawnego, małżonka, partnera, dzieci lub rodzeństwa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego</i>	300 zł
<b>Dziecko w sieci</b> <i>pomoc informatyczna na wypadek problemów związanych z użytkowaniem komputera i Internetu, pomoc psychologiczno-prawna na wypadek hejtu w sieci</i>	TAK
<b>Koszty leczenia w następstwie NW</b> <i>zwrot kosztów m.in. wizyt lekarskich po nieszczęśliwym wypadku, badań, operacji, leków przepisanych w ramach leczenia</i>	2 500 zł
<i>Zwrot kosztów odbudowy zębów</i>	500 zł za 1 ząb max. 2 000 zł
<b>Koszty rehabilitacji w następstwie NW</b> <i>zwrot kosztów konsultacji z rehabilitantem i zabiegów rehabilitacyjnych</i>	4 000 zł
<b>Koszty środków pomocniczych i ortopedycznych</b> <i>zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków pomocniczych i ortopedycznych m.in.: protezy, ortozy, gorsety i kule, balkoniki, wózki inwalidzkie;</i>	4 000 zł
<i>sprzęt medyczny: okulary korekcyjne, aparaty słuchowe, aparaty ortodontyczne, pompy insulinowe</i>	600 zł



Typ polisy: 185  
numer: 1078915

Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież	Wariant 1
<b>Koszty operacji plastycznych w następstwie NW</b> <i>zwrot kosztów operacji mającej na celu zmniejszenie oszpeceń i okaleczeń powierzchni ciała</i>	4 000 zł
<b>Koszty operacji chirurgicznych</b> <i>jednorazowe świadczenie z tytułu zabiegu chirurgicznego, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, połączony z przecięciem tkanek,</i> <i>w tym wycięcie migdałków</i>	500 zł 250 zł
<b>Pobyt w szpitalu w następstwie NW</b> <i>za każdy dzień pobytu - od 1. dnia</i>  <i>zwrot kosztów zakwaterowania opiekuna prawnego wskutek hospitalizacji dziecka</i>	50 zł za 1 dzień max. 5 000 zł  100 zł za 1 dzień max. 1 000 zł
<b>Pobyt w szpitalu w następstwie choroby</b> <i>za każdy dzień pobytu - od 2. dnia</i> <i>świadczenie za pobyt w szpitalu psychiatrycznym lub na oddziale szpitalnym psychiatrycznym trwający nieprzerwanie 30 dni</i> <i>zwrot kosztów zakwaterowania opiekuna prawnego wskutek hospitalizacji dziecka</i>	30 zł za 1 dzień max. 900 zł 1 000 zł 100 zł za 1 dzień max. 1 000 zł
<b>Poważne zachorowanie</b> <i>jednorazowe świadczenie z tytułu zdiagnozowania następujących chorób: anemia aplastyczna, borelioza, choroba tropikalna, cukrzyca typu I, guz mózgu, nowotwór złośliwy, odkleszczowe zapalenie opon mózgowych, paraliż, PIMS-TS, poliomyelitis, przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C, schyłkowa niewydolność nerek, sepsa, stwardnienie rozsiane, udar mózgu, utrata słuchu, utrata wzroku, wrodzona wada serca, zawał serca, transplantacja</i>	5 000 zł
<b>Nieszczęśliwy wypadek bez uszczerbku na zdrowiu</b> <i>jednorazowe świadczenie wypłacane gdy nieszczęśliwy wypadek nie spowodował uszczerbku na zdrowiu lub jednorazowe świadczenie z tytułu zadośćuczynienia za ból odczuwany po NW z pobytem w szpitalu co najmniej 24h</i>	200 zł 100 zł
<b>Ugryzienia, ukąszenia, użądlenia</b> <i>ugryzienia przez zwierzęta i pajęczaki (z wyłączeniem ugryzienia przez kleszcza, skutkującym zdiagnozowaniem boreliozy lub odkleszczowego zapalenia opon mózgowych), ukąszenia lub użądlenia przez owady lub pajęczaki albo</i> <i>zachorowanie na boreliozę lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych w wyniku ugryzienia przez kleszcza</i>	200 zł 1 000 zł
<b>Psycholog dla Ubezpieczonego</b> <i>zwrot kosztów pomocy psychologicznej udzielonej Ubezpieczonemu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem</i>	500 zł
<b>Dostosowanie wnętrza mieszkania lub domu w następstwie NW</b> <i>zwrot kosztów przebudowy łazienki lub kuchni, poszerzenia drzwi do mieszkania lub domu oraz usunięcia progów w drzwiach i zamontowania uchwytów pomocniczych</i>	5 000 zł
<b>Koszty korepetycji</b> <i>Świadczenie wypłacane jest jeśli Ubezpieczony nie mógł pobierać nauki w szkole przez okres co najmniej 7 dni</i>	500 zł
<b>Koszty poszukiwania dziecka</b> <i>zwrot kosztów poszukiwania ubezpieczonego dziecka w przypadku jego zaginięcia – koszty wynajęcia detektywa, umieszczenia informacji w mediach, wydruku ulotek</i>	5 000 zł
<b>Składka</b>	<b>Wysokość składki</b>
Składka NW uczeń - 1 osoba	50 zł
Składka dla rodzeństwa (-50% NW) - 1 osoba	25 zł
Osoby zwolnione z opłacenia składki	Tak

Zakres ubezpieczenia – placówka i personel	Wariant 1
<b>OC nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego</b>	100 000 zł
<b>OC dyrektora placówki oświatowej</b>	100 000 zł
<b>Składka</b>	<b>Wysokość składki</b>
Składka OC nauczyciel, wychowawca lub inny pracownik pedagogiczny - za 1 osobę	4 zł
Składka OC dyrektor – za 1 osobę	65 zł
<b>Składka łączna do zapłaty</b>	<b>29 270 zł</b>

## SKŁADKA OGÓŁEM

Wysokość składki: 29 270 zł

Składka płatna: jednorazowo

Płatna do: 31-10-2025

Metoda płatności: Składka zebrana od Ubezpieczonych

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group do płatności składek: 68124069577008800010789155

Tytuł przelewu: 185/1078915

## POSTANOWIENIA DODATKOWE

- Compensa wypłaci dodatkowe świadczenie w wysokości 1% SU wskazanej na uszkodzenie ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej, do której uczęszcza dziecko (Ubezpieczony) oraz podczas wycieczki lub wyjścia w ramach zajęć organizowanych przez tę placówkę.
- Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie choroby wypłacane jest od 1. dnia pobytu w szpitalu.



Typ polisy: 185  
numer: 1078915

## OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia zostały mi doręczone w formie pisemnej lub elektronicznej (w sposób umożliwiający ich przechowywanie i odtwarzanie w zwykłym toku czynności) Ogólne warunki ubezpieczenia Compensa Oświata zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa) zwane dalej COMPENSA nr 2/04/2025 z dnia 03.04.2025 roku wraz z ustandaryzowanym dokumentem produktu. Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję treść ww. Ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Oświata oraz, że zapoznałem(am) się z treścią pełnomocnictwa Przedstawiciela COMPENSY. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w polisie o ubezpieczeniu są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane COMPENSIE w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą i stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia.  
 TAK  NIE
- Zobowiązuje się do zapoznania Ubezpieczonych z treścią ww. Ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Oświata.  
 TAK  NIE
- 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.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informacje dotyczące dystrybutora ubezpieczeń, w tym o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia, oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.  
 TAK  NIE

## OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO – DOBROWOLNE

- Marketing po zakończeniu Umowy oraz automatyczne podejmowanie decyzji przez COMPENSE**  
Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie, w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości, były przetwarzane przez COMPENSE, we własnych celach marketingowych, jak również aby COMPENSA podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia.  
 TAK  NIE
- Na automatyczne podejmowanie decyzji w ramach marketingu bezpośredniego produktów własnych przez COMPENSE**  
Wyrażam zgodę, aby COMPENSA podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych takich jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości, we własnych celach marketingowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.  
 TAK  NIE
- Na informację handlowo-marketingową drogą elektroniczną**  
Wyrażam zgodę na otrzymywanie od COMPENSY oraz Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa) zwane dalej VIENNA LIFE informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe).  
 TAK  NIE
- Na informację handlowo-marketingową drogą telekomunikacyjną**  
Wyrażam zgodę na otrzymywanie od COMPENSY oraz VIENNA LIFE informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).  
 TAK  NIE
- Na automatyczne podejmowanie decyzji oraz cross-selling pomiędzy COMPENSA oraz VIENNA LIFE**  
Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez COMPENSE do VIENNA LIFE, oraz na ich przetwarzanie przez VIENNA LIFE, jak również aby VIENNA LIFE podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.  
 TAK  NIE



Typ polisy: 185  
numer: 1078915

## POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA UBEZPIEZAJĄCEGO

1. Wyrażam zgodę na przekazanie Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych przetwarzanych przez innych ubezpieczycieli w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości oraz informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
2. Wyrażam zgodę na przekazywanie Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości, informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej), które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. W powyższym zakresie zwalnam lekarzy sprawujących nade mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group dokumentacji mojego leczenia.
3. Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group informacji od Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
4. Zapoznałam/em się z procedurą składania i rozpatrywania reklamacji, która została zawarta w OWU.
5. Informacje podane podczas zawierania umowy ubezpieczenia są prawdziwe i podane zostały zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Rozumiem, że podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji może spowodować skutki prawne określone w przepisach prawa, a także konsekwencje wynikające z OWU.
6. W razie zmiany okoliczności, o które Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group zapytywała przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zobowiązuje się zawiadomić o tych zmianach Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
7. Upoważniam Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group do sprawdzenia podanych przeze mnie danych dotyczących przebiegu ubezpieczenia w zakładach ubezpieczeń, z którymi wiązały mnie wcześniejsze umowy ubezpieczenia, w celu potwierdzenia ich zgodności ze stanem faktycznym.

## OŚWIADCZENIE UBEZPIEZAJĄCEGO ZAWIERAJĄCEGO UMOWĘ UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK, NIEFINANSUJĄCEGO KOSZTU SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Oświadczam, że koszt składki ubezpieczeniowej będzie finansowany przez Ubezpieczonego. Przekazałam/em Ubezpieczonemu warunki ubezpieczenia, w szczególności informacje o postanowieniach określających przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń, a także ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia, tj. informacje, o których mowa w art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

## OŚWIADCZENIE UBEZPIEZAJĄCEGO BĄDĄCEGO PRZEDSTAWICIELEM UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że zostałam umocowana/y przez Ubezpieczonego do złożenia oświadczeń zawartych w niniejszym dokumencie. Treść przekazanych przeze mnie informacji jest zgodna z informacjami uzyskanymi od ubezpieczonego bądź stanem faktycznym lub prawnym ustalonym przeze mnie z najwyższą starannością. Zakres zgód wyrażonych w imieniu Ubezpieczonego został z nim ustalony.

## DATA, GODZINA, MIEJSCE WYSTAWIENIA POLISY

2025-09-29, 16:19, Kraków

**DYREKTOR SZKOŁY**

*Janusz Świerczek*  
**mgr Janusz Świerczek**

Miejscowość, data, czytelny podpis  
Ubezpieczającego

001061156

**Szkoła Podstawowa NR 55**  
**im. Jarosława Iwaszkiewicza**  
**30-620 Kraków, ul. Dobczycka 20**  
**(1) tel.(12) 055-02-08**

POŚREDNICTWO UBEZPIECZENIOWE I FINANSOWE  
**»AGAWA« Stanisław Barnas**  
**33-156 SKRZYSZÓW 66**  
tel. 14 627 40 66  
NIP 873-104-28-27 REGON 850547335

Pieczęć przedstawiciela Compensy

*Stanisław Barnas*  
Czytelny podpis przedstawiciela  
STANISŁAW BARNAS (11123130/P)