|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ubezpieczenie Szkolne IV 184** | | **Polisa typ 184 nr 001025600** |
|  |  | **Jednostka organizacyjna 509/000/00000/56665** |
| **1. OKRES UBEZPIECZENIA** |  |  |
| Od: 2019-09-01 godz. 00:00 | Do: 2020-08-31 | godz. 23:59 |

**2. UBEZPIECZAJĄCY**

****

Szkoła Podstawowa im. 30 Poleskiej Dywizji Piechoty AK w Grabanowie 21-500 Biała Podlaska, Grabanów 49A PESEL/REGON: 022079711

**3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ**

****

Szkoła Podstawowa im. 30 Poleskiej Dywizji i Piechoty AK w Grabanowie 21-500 Biała Podlaska, Grabanów 49A

REGON: 022079711 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 | 15 000 zł |
| Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji | 7 500 zł |
| lub aktów terroru |
|  |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW | 15 000 zł |
| Dodatkowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek aktów terroru | 7 500 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 | 150 zł |
| uszczerbek na zdrowiu |
|  |
| Zwrot kosztów operacji plastycznych wskutek NW | 6 000 zł |
| Zwrot kosztów poszukiwania dziecka w przypadku zaginięcia | 5 000 zł |
| Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek NW | 400 zł |
| Zwrot kosztów pomocy psychologicznej po NW | 400 zł |



|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES DODATKOWY** | **SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA** |
| Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia | 6 000 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 | 7 500 zł |
| Klauzula nr 7 - zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych | 6 000 zł |
| lub uszkodzenia sprzętu medycznego | 500 zł |
| Klauzula nr 9 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego | 10 000 zł |
| wskutek nieszczęśliwego wypadku |
|  |
| Klauzula nr 10 - dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby | 35 zł / dzień, limit 2000 zł |
| Klauzula nr 11 - BEZPIECZNE DZIECKO W SIECI | 2 zgłoszenia |
| Klauzula nr 12 - odpowiedzialność cywilna dyrektora i personelu placówki oświatowej | Suma gwarancyjna 50 000 zł |

**6. LICZBA OSÓB**

****

1. zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 119 osób (w tym 10 osób zwolnionych z opłacenia składki) W zakresie ubezpieczenia NNW dyrektora i personelu placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC dyrektora i personelu placówki oświatowej: 27 osób

**7. SKŁADKA**

****

Składka płatna:  gotówką  przelewem do dnia 2019-10-31

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 40 zł za wszystkie osoby: 4 360 zł

Składka za klauzulę 12 : 54 zł

**Składka łączna z polisy: 4 416 zł**

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 34 1240 6957 7008 2200 1025 6005

**ORYGINAŁ / KOPIA** **strona 1/2**

1. **POSTANOWIENIA DODATKOWE**
2. **OŚWIADCZENIA**
3. 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 IV 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 31/03/2019 z dnia 25 marca 2019 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 15 kwietnia 2019 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 IV 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.
4. 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 IV 184.
5. 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.
6. 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
7. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.
8. 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.



. . . . . . . . . ….. . dn, . . . . . . . . . . ------------------------------------------------------- ---------------------------------------------

Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy Podpis Ubezpieczającego

**ORYGINAŁ / KOPIA** **strona 2/2**