

Ubezpieczenie Szkolne V 184

oferta specjalna wariant D

Polisa typ 184 nr 001070383

Jednostka organizacyjna 526/000/0000/75637/149

1. OKRES UBEZPIECZENIA

Od: 2021-10-01 godz. 00:00 Do: 2022-09-30 godz. 23:59

2. UBEZPIECZAJĄCY

PRZEDSZKOLE NR 10 KUBUŚ PUCHATEK W OSTROWIE WIELKOPOLSKIM
63-400 OSTRÓW WELKOPOLSKI, UL. ANDZREJA FRYCZA MODRZEWSKIEGO 4
PESEL/REGON: 251589277

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

PRZEDSZKOLE NR 10 KUBUŚ PUCHATEK W OSTROWIE WIELKOPOLSKIM
63-400 OSTRÓW WELKOPOLSKI, UL. ANDZREJA FRYCZA MODRZEWSKIEGO 4
REGON: 251589277 Typ placówki: Żłobki i przedszkola

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	100 000 zł
Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji lub aktów terroru	50 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW <i>Jeżeli stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalony na podstawie Tabeli uszczerbkowej wynosi do 10 % włącznie COMPENSA wypłaca 400 zł za każdy procent orzeczonego uszczerbku na zdrowiu</i>	100 000 zł
Dodatkowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek aktów terroru	50 000 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 orzeczone 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	8 000 zł
Klauzula nr 3 - jednorazowe świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wskutek NW	3 000 zł
Klauzula nr 4 - jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego	5 000 zł
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	8 000 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego	8 000 zł (limit na uszk. sprz. med. 500 zł)
Klauzula nr 9 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego w przypadku nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł
Klauzula nr 10 - dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby	35 zł / dzień (limit 2 000 zł)
Klauzula nr 11 - DZIECKO W SIECI <i>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.</i>	2 zgłoszenia
Zwrot kosztów poszukiwania dziecka w przypadku zaginięcia	5 000 zł
Pomoc udzielana opiekunom prawnym w przypadku uprowadzenia ubezpieczonego dziecka <i>Pomoc jest udzielana po telefonicznym zgłoszeniu faktu uprowadzenia dziecka pod numer tel. +48 22 244 22 20</i>	1 zgłoszenie, pomoc 6 godzin

6. LICZBA OSÓB

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 10 osób
W zakresie ubezpieczenia NNW dyrektora i personelu placówki oświatowej: 0 osób
W zakresie ubezpieczenia OC dyrektora i personelu placówki oświatowej: 0 osób
W zakresie ubezpieczenia OC w życiu prywatnym: 0 osób

7. SKŁADKA

Składka płatna: ☐ gotówką ☒ przelewem do dnia 2021-10-31
Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 145 zł za wszystkie osoby: 1 450 zł

Składka łączna z polisy: 1 450 zł

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 51 1240 6957 7008 2200 1070 3839

8. POSTANOWIENIA DODATKOWE

9. OŚWIADCZENIA

- 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.
- 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.
- 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 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
- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.
- 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 rozwiązywania umowy.

..... dn,

Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

Podpis Ubezpieczającego