

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu placówek oświatowych – Ubezpieczenie Szkolne III 184

1. OKRES UBEZPIECZENIA

od dnia 01.09.2018r. do dnia 31.08.2019r.

2. UBEZPIECZAJACY

Zespół Szkół Architektoniczno-Budowlanych i Licealnych
00-219 Warszawa, ul. Przyrynek 9
REGON: 000708124

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Zespół Szkół Architektoniczno-Budowlanych i Licealnych
00-219 Warszawa, ul. Przyrynek 9
REGON: 000708124

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 nieszczęśliwego wypadku	40 000 zł
Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru	20 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	40 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru	20 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
- jednorazowe świadczenie ryczałtowe z tytułu pogryzienia, ukąszenia lub użądlenia	limit 200 zł
- jednorazowe świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w przypadku gdy nie został orzeczony uszczerbek	limit 600 zł
- zwrot kosztów operacji plastycznej	limit 16 000 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek NW	400 zł
ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT
Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	16 000 zł
Klauzula nr 2 – dzienne świadczenie szpitalne	35 zł/dzień, limit 3 150,00 zł
Klauzula nr 7 – zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego.	16 000 zł 500 zł
Klauzula nr 8 – zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osoby	20 000 zł
Klauzula nr 12 - dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby	35 zł / dzień, limit 2000 zł
Klauzula nr 15 - COMPENSA iMe - Ubezpieczenie iMe Kids Secure	1 zgłoszenie
Klauzula nr 16 - odpowiedzialność cywilna dyrektora placówki oświatowej	Suma gwarancyjna 50 000 zł
Klauzula nr 17 – odpowiedzialność cywilna personelu placówki	100 000 zł

6. LICZBA OSÓB UBEZPIECZONYCH

W zakresie ubezpieczenia NNW personelu, młodzieży, osób uczących się: 100 osób (brak możliwości zwolnienia osób z opłacania składki)

W zakresie ubezpieczenia NNW placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 36 osób

7. SKŁADKA

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę:	84 zł
Składka za klauzulę 17 za 1 osobę:	1 zł
Składka za klauzulę 16:	50 zł

Składka płatna przelewem jednorazowo na konto COMPENSA TU S.A. Vienna Insurance Group:
79 1240 6957 7008 2200 1009 2623

Termin płatności do dnia 31.10.2018r.

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 III 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 12/04/2018 z dnia 13 kwietnia 2018 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 24 kwietnia 2018 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 III 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 III 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 oraz osoby zainteresowane zawarciem umowy ubezpieczenia 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 rozwiązania umowy.

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Vienna Insurance Group
Odział w Warszawie
02-312 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162
Warszawa, dn. 21.06.2018
Tel: 022 501 61 00, fax: 022 501 64 47
NIP: 526-021-46-86 P:006216959

Agata Wysocka

Key Account Manager

Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

DYREKTOR
Zespołu Szkół Architektoniczno-Budowlanych i Licealnych
im. Stanisława Noakowskiego

Katarzyna Majewska-Mrówczynska
Katarzyna Majewska-Mrówczynska

Podpis Ubezpieczającego

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) Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie 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

2) Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie 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

Namrova dn. *28.08.2018*

Podpis Ubezpieczającego

**Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży,
osób uczących się oraz personelu placówek oświatowych – Ubezpieczenie Szkolne III 184**

1. OKRES UBEZPIECZENIA

od dnia 01.09.2018r. do dnia 31.08.2019r.

2. UBEZPIECZAJACY

Zespół Szkół Architektoniczno-Budowlanych i Licealnych
00-219 Warszawa, ul. Przyrynek 9
REGON: 000708124

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Zespół Szkół Architektoniczno-Budowlanych i Licealnych
00-219 Warszawa, ul. Przyrynek 9
REGON: 000708124

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 nieszczęśliwego wypadku	23 000 zł
Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru	11 500 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	23 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru	11 500 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
- jednorazowe świadczenie ryczałtowe z tytułu pogryzienia, ukąszenia lub użądlenia	limit 200 zł
- jednorazowe świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w przypadku gdy nie został orzeczone uszczerbek	limit 345 zł
- zwrot kosztów operacji plastycznej	limit 9 200 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek NNW	400 zł
ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT
Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	9 200 zł
Klauzula nr 2 – dzienne świadczenie szpitalne	35 zł/dzień, limit 3 150,00 zł
Klauzula nr 7 – zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego.	9 200 zł 500 zł
Klauzula nr 8 – zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osoby	11 500 zł
Klauzula nr 12 - dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby	35 zł / dzień, limit 2000 zł
Klauzula nr 15 - COMPENSA iMe - Ubezpieczenie iMe Kids Secure	1 zgłoszenie
Klauzula nr 16 - odpowiedzialność cywilna dyrektora placówki oświatowej	Suma gwarancyjna 50 000 zł
Klauzula nr 17 – odpowiedzialność cywilna personelu placówki	100 000 zł

6. LICZBA OSÓB UBEZPIECZONYCH

W zakresie ubezpieczenia NNW personelu, młodzieży, osób uczących się : 500 osób (w tym 15 osób zwolnionych z opłacania składki)

W zakresie ubezpieczenia NNW placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 36 osób

7. SKŁADKA

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę:	55 zł
Składka za klauzulę 17 za 1 osobę:	1 zł
Składka za klauzulę 16:	50 zł

Składka płatna przelewem jednorazowo na konto COMPENSA TU S.A. Vienna Insurance Group:
79 1240 6957 7008 2200 1009 2623

Termin płatności do dnia 31.10.2018r.

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 III 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 12/04/2018 z dnia 13 kwietnia 2018 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 24 kwietnia 2018 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 III 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 III 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 oraz osoby zainteresowane zawarciem umowy ubezpieczenia 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 rozwiązania umowy.

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Vienna Insurance Group
Biuro w Warszawie
02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162
Warszawa, dn. 21.06.2018r.
NIP: 526-021-46-86, P-006216959

Agata Wysocka

Key Account Manager

Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

DYREKTOR
Zespołu Szkół Architektoniczno-Budowlanych i Licealnych
im. Stanisława Noakowskiego

Katarzyna Majewska-Mrówczyńska
Podpis Ubezpieczającego

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) Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie 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

2) Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwis internetowe, w tym portale społecznościowe).

TAK NIE

Warszawa, dn. 28.08.2018r.

DYREKTOR
Zespołu Szkół Architektoniczno-Budowlanych i Licealnych
im. Stanisława Noakowskiego
Katarzyna Majewska-Mrówczyńska
Podpis Ubezpieczającego