

Ubezpieczenie Szkolne V 184

Polisa typ 184 nr 001091556

Jednostka organizacyjna 526/000/40179/1

1. OKRES UBEZPIECZENIA

Od: 2023-09-01 godz. 00:00 Do: 2024-08-31 godz. 23:59

2. UBEZPIECZAJĄCY

Szkoła Mistrzostwa Sportowego Chrobry Głogów
67-200 Głogów ul.Obozowa 3
PESEL/REGON: 367998439

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Szkoła Mistrzostwa Sportowego Chrobry Głogów
67-200 Głogów ul.Obozowa 3
REGON: 367998439

Typ placówki: Szkoły ponadpodstawowe

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, Suma gwarancyjna dla każdego Ubezpieczonego.

ZAKRES PODSTAWOWY

SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA

ROZDZIAŁ VI. ŚMIERĆ NA TERENIE PLACÓWKI OŚWIATOWEJ	200 000 zł
ROZDZIAŁ V. ŚMIERĆ W ŚRODKU LOKOMOCJI LUB WSKUTEK AKTU TERRORU	150 000 zł
ROZDZIAŁ IV. ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	100 000 zł
USZKODZENIE CIAŁA 100% USZCZERBKU NA ZDROWIU	100 000 zł
<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>	
ROZDZIAŁ III. USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK AKTU TERRORU	75 000 zł
Uszczerbki do 10% wypłata za każdy 1% SU	400 zł
Uszczerbki od 11% do 24% wypłata za każdy 1% SU	750 zł
Uszczerbki od 25% wypłata za każdy 1% SU	1 500 zł
ROZDZIAŁ II. USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	50 000 zł
<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>	
Uszczerbki do 10% wypłata za każdy 1% SU	400 zł
Uszczerbki od 11% do 24% wypłata za każdy 1% SU	500 zł
Uszczerbki od 25% wypłata za każdy 1% SU	1 000 zł
ROZDZIAŁ VII. UGRYZENIE, UKĄSZENIE LUB UŻĄDLENIE, ZDIAGNOZOWANIE BORELIOZY	200 zł
ROZDZIAŁ VIII. NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK BEZ TRWAŁEGO USZCZERBKU	150 zł
ROZDZIAŁ IX. KOSZTY OPERACJI PLASTYCZNYCH	10 000 zł
ZAKRES DODATKOWY	
SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA	
ROZDZIAŁ XI. KOSZTY POSZUKIWANIA DZIECKA	5 000 zł
ROZDZIAŁ XIV. KOSZTY LECZENIA	10 000 zł
ROZDZIAŁ XV. POBYT W SZPITALU PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU	70 zł / dzień, limit 3 150 zł
ROZDZIAŁ XVII. POWAŻNE ZACHOROWANIE	5 000 zł
ROZDZIAŁ XIX. KOSZTY REHABILITACJI	10 000 zł
ROZDZIAŁ XX. KOSZTY ŚRODKÓW SPECJALNYCH	10 000 zł (limit na uszk. sprz. med. 600 zł)
ROZDZIAŁ XXII. ŚMIERĆ OPIEKUNA PRAWNEGO	10 000 zł
ROZDZIAŁ XXIII. POBYT W SZPITALU Z POWODU CHOROBY	50 zł / dzień, limit 2 000 zł
ROZDZIAŁ XXVI. DZIECKO W SIECI	w zakresie
<i>W ramach skorzystania z pomocy należy zadzwonić pod nr tel. +48 22 295 82 10 podając nr uwidoczony na potwierdzeniu zawarcia umowy ubezpieczenia.</i>	
ROZ.XXI KOSZTY POGRZEBU O.P	1000 zł
Ochrona ubezpieczeniowa zostaje rozszerzona o dodatkowy miesiąc dla uczniów ostatnich klas	
	IAK

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 2023-10-31
Składka
NNW za 1 os/rok 120 zł

Składka łączna z polisy: 1 200 zł

K P:38

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 58 1240 6957 7008 2200 1091 5561

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group
KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS
NIP 526 02 14 686, Kapitał zakładowy: 219 851 960,40 zł - opłacony w całościAl. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
Compensa Kontakt: +48 22 501 61 00 (poniedziałek - piątek; 8:00 - 18:00)

8. POSTANOWIENIA DODATKOWE

9. 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 Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych – ubezpieczenie szkolne V 184 zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 11/04/2023 z dnia 28.04.2023 roku wraz z ustandaryzowanym dokumentem produktu w wersji papierowej. 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 przeze 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 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.

..... dn,

Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

Podpis Ubezpieczającego