**Jednostka organizacyjna 523/000/69986/49061**

# 1. OKRES UBEZPIECZENIA

Od: 2021-09-01 godz. 00:00 Do: 2022-08-31 godz. 23:59

# 2. UBEZPIECZAJĄCY

Rada Rodziców przy XVI Liceum Ogólnokształcącym

ul. Xawerego Dunikowskiego 1, 70-123 Szczecin PESEL/REGON: 367995197

# 3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

XVI Liceum Ogólnokształcące

ul. Xawerego Dunikowskiego 1, 70-123 Szczecin

REGON: 367995197 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 / gwarancyjna dla każdego Ubezpieczonego

**Ubezpieczenie Szkolne V 184**

**Polisa typ 184 nr 001032702**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES PODSTAWOWY** | **SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA** |
| Śmierć wskutek NW | 20 000 zł |
| Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji lub aktów terroru | 10 000 zł |
| 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 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 | 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 lub uszkodzenia sprzętu medycznego | 6 000 zł(limit na uszk. sprz. med. 500 zł) |
| Klauzula nr 10 - dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby | 50 zł / dzień, limit 2 000 zł |
| **Klauzula nr 11 - DZIECKO W SIECI***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.* | **2 zgłoszenia** |
| **Zwrot kosztów poszukiwania dziecka w przypadku zaginięcia** | **5 000 zł** |
| **Pomoc udzielana opiekunom prawnym w przypadku uprowadzenia ubezpieczonego dziecka***Pomoc jest udzielana po telefonicznym zgłoszeniu faktu uprowadzenia dziecka pod numer tel. +48 22 244 22 20* | **1 zgłoszenie, pomoc 6 godzin** |
| Klauzula nr 12 - odpowiedzialność cywilna dyrektora i personelu placówki oświatowej | Suma gwarancyjna 100 000 zł |
| Ochrona ubezpieczeniowa zostaje rozszerzona o dodatkowy miesiąc dla uczniów ostatnich klas | TAK |

 **ORYGINAŁ / KOPIA**

 **strona 1/2**

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 240 osób


# 6. LICZBA OSÓB

**. POSTANOWIENIA DODATKOWE**

W zakresie ubezpieczenia NNW dyrektora i personelu placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC dyrektora i personelu placówki oświatowej: 40 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: 40 zł za wszystkie osoby: 9 600 zł

Składka za klauzulę 12 : 200 zł

|  |  |
| --- | --- |
| **Składka łączna z polisy: 9 800 zł**Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: | 28 1240 6957 7008 2200 1032 7020 |
| **8.POSTANOWIENIA DODATKOWE** |  |

# 9. OŚWIADCZENIA

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.
6. 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 |
|  |  |  |

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS Compensa Kontakt: +48 22 501 61 00 (poniedziałek - sobota; 7:00 NIP 526 02 14 686, Kapitał zakładowy: 179 851 957,00 zł - opłacony w całości - 20:00)

 **ORYGINAŁ / KOPIA**

 **strona 2/2**