

Ubezpieczenie Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych - Ubezpieczenie Szkolne II 184

Polisa typ 184 nr 001008752

Jednostka organizacyjna 509/000/00000/56742

1. OKRES UBEZPIECZENIA

Od: 2017-10-01godz. 00:00Do: 2018-09-30godz. 23:59

2. UBEZPIECZAJĄCY

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im, Szymona Szymonowica w Zamościu
ul.Pereca 2, 22-400 Zamość
PESEL/REGON: 060044114

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im, Szymona Szymonowica w Zamościu
ul.Pereca 2, 22-400 Zamość
REGON: 060044114 Typ placówki: Szkoły wyższe

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	14 000 zł
Śmierć wskutek NW w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru	7 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	10 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru	5 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia, ukąszenia, 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	4 000 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek NW	400 zł

ZAKRES DODATKOWY

	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	4 000 zł
Klauzula nr 2 - dzienne świadczenie szpitalne	35 zł / dzień, limit 3 150 zł
Klauzula nr 3 - jednorazowe świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wskutek NW	1 000 zł
Klauzula nr 4 - jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego	1 000 zł
Klauzula nr 5 - zasiłek dzienny z tytułu krótkotrwałej niezdolności do pracy lub nauki	15 zł / dzień, limit 2 700 zł
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	4 000 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia, nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego	4 000 zł 500 zł
Klauzula nr 8 - zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osoby niepełnosprawnej	5 000 zł
Klauzula nr 10 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	1 500 zł
Klauzula nr 17 - odpowiedzialność cywilna personelu placówki oświatowej	Suma gwarancyjna 100 000 zł

6. LICZBA OSÓB

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 100 osób

W zakresie ubezpieczenia NNW personelu placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 100 osób

7. SKŁADKA

Składka płatna: gotówką przelewem

do dnia 2017-11-30

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 33 zł

za wszystkie osoby: 3 300 zł

Składka za Klauzulę 17 za 1 osobę: 1 zł

za 100 osób: 100 zł

Składka łączna z polisy: 3 400 zł

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group:

71 1240 6957 7008 2200 1008 7529

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 II 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 4/04/2017 z dnia 10 kwietnia 2017 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 18 kwietnia 2017 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 II 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 II 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.

..... dn,

Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

Podpis Ubezpieczającego

Wojciech Anusztyniak
REPRESENT

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) Zgoda na świadczenie usług drogą elektroniczną w celach marketingowych

Zgodnie z art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną wyrażam zgodę na przesyłanie na wskazany przeze mnie we wniosku / wnioskopolisie adres e-mail lub nr telefonu informacji handlowej przez Compensa

TAK NIE

2) Zgoda na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących

Zgodnie z art. 172 ust. 1 Ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. prawo telekomunikacyjne wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu tejże ustawy dla celów marketingu bezpośredniego przez Compensa

TAK NIE

..... dn,

Podpis Ubezpieczającego

INFORMACJE OD ADMINISTRATORA DANYCH

1. Administratorem Danych Osobowych powierzonych przez Pana / Panią danych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162.
2. Pana / Pani dane mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa z umowy ubezpieczenia zawartej z Panem/Panią.
3. Przysługuje Panu /Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania
4. Przysługuje Panu/Pani prawo do odwołania w każdym czasie udzielonych w niniejszym wniosku zgód.
5. Pana /Pani dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.
6. Poinformowano Pana / Panią o dobrowolności podania swoich danych osobowych.