

**Ubezpieczenie Szkolne V 184
oferta specjalna wariant III**

Polisa typ 184 nr 001085257

Jednostka organizacyjna 512/000/00000/50693

1. OKRES UBEZPIECZENIA

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

2. UBEZPIECZAJĄCY

TOWARZYSTWO WIEDZY POWSZECHNEJ ODDZIAŁ REGIONALNY W OLSZTYNIE
ul. Barczewskiego 11, 10-061 Olsztyn
PESEL/REGON: 012575346

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

TOWARZYSTWO WIEDZY POWSZECHNEJ ODDZIAŁ REGIONALNY W OLSZTYNIE Żłobek oraz Przedszkole TWP "Poziomka"
ul. K.I.Gałączyńskiego 21, 10-089 Olsztyn / ul. Barczewskiego 11, 10-061 Olsztyn
REGON: 012575346 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. Suma gwarancyjna dla każdego Ubezpieczonego.

ZAKRES PODSTAWOWY

SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA

ROZDZIAŁ VI. ŚMIERĆ NA TERENIE PLACÓWKI OŚWIATOWEJ	60 000 zł
ROZDZIAŁ V. ŚMIERĆ W ŚRODKU LOKOMOCJI LUB WSKUTEK AKTU TERRORU	60 000 zł
ROZDZIAŁ IV. ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	40 000 zł
USZKODZENIE CIAŁA 100% USZCZERBKU NA ZDROWIU	35 000 zł
ROZDZIAŁ III. USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK AKTU TERRORU	52 500 zł
Uszczerbki do 10% wypłata za każdy 1% SU	400 zł
Uszczerbki od 11% do 24% wypłata za każdy 1% SU	525 zł
Uszczerbki od 25% wypłata za każdy 1% SU	1 050 zł
ROZDZIAŁ II. USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	35 000 zł
Uszczerbki do 10% wypłata za każdy 1% SU	350 zł
Uszczerbki od 11% do 24% wypłata za każdy 1% SU	350 zł
Uszczerbki od 25% wypłata za każdy 1% SU	700 zł
ROZDZIAŁ VII. UGRYZENIE, UKĄSZENIE LUB UŻADLENIE, 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 X. KOSZTY KOREPETYCJI	700 zł
ROZDZIAŁ XII. PSYCHOLOG DLA UBEZPIECZONEGO DZIECKA	500 zł
ROZDZIAŁ XIII. PSYCHOLOG DLA OPIEKUNA PRAWNEGO	200 zł
ROZDZIAŁ XIV. KOSZTY LECZENIA	4 000 zł
ROZDZIAŁ XV. POBYT W SZPITALU PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU	25 zł / dzień (limit 1125 zł)
ROZDZIAŁ XVII. POWAŻNE ZACHOROWANIE	5 000 zł
ROZDZIAŁ XIX. KOSZTY REHABILITACJI	2 000 zł
ROZDZIAŁ XX. KOSZTY ŚRODKÓW SPECJALNYCH	4 000 zł (limit na uszk. sprz. med. 600 zł)
ROZDZIAŁ XXI. KOSZTY POGRZEBU OPIEKUNA PRAWNEGO	200 zł
ROZDZIAŁ XXII. ŚMIERĆ OPIEKUNA PRAWNEGO	3 000 zł
ROZDZIAŁ XXIII. POBYT W SZPITALU Z POWODU CHOROBY	25 zł / dzień (limit 2 000 zł)
ROZDZIAŁ XXIV. ZWROT KOSZTÓW WYCIECZKI	400 zł
ROZDZIAŁ XXVI. DZIECKO W SIECI	w zakresie

W ramach skorzystania z pomocy należy zadzwonić pod nr tel. +48 22 295 82 10 podając nr uwidoczniony na potwierdzeniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

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 69 zł

Składka łączna z polisy: 690 zł

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 06 1240 6957 7008 2200 1085 2574

S.P.0

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