

**Ubezpieczenie Szkolne V 184**  
**oferta specjalna wariant III****Polisa typ 184 nr 001100047**

Jednostka organizacyjna 589/000/00000/68616/1

**1. OKRES UBEZPIECZENIA**

Od: 2024-09-01 godz. 00:00 Do: 2025-08-31 godz. 23:59

**2. UBEZPIECZAJĄCY**Szkoła Podstawowa NR 3 IM. KS. Jana Twardowskiego w Jarocinie  
63-200 JAROCIN, UL. WROCŁAWSKA 168  
PESEL/REGON: 000693664**3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ**Szkoła Podstawowa NR 3 IM. KS. Jana Twardowskiego w Jarocinie  
63-200 JAROCIN, UL. WROCŁAWSKA 168  
REGON: 000693664 Typ placówki: Szkoły podstawowe**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**

<b>ROZDZIAŁ VI. ŚMIERĆ NA TERENIE PLACÓWKI OŚWIATOWEJ</b>	<b>60 000 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ V. ŚMIERĆ W ŚRODKU LOKOMOCJI LUB WSKUTEK AKTU TERRORU</b>	<b>60 000 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ IV. ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU</b>	<b>40 000 zł</b>
<b>USZKODZENIE CIAŁA 100% USZCZERBKU NA ZDROWIU</b>	<b>35 000 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ III. USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK AKTU TERRORU</b>	<b>52 500 zł</b>
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
<b>ROZDZIAŁ II. USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU</b>	<b>35 000 zł</b>
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
<b>ROZDZIAŁ VII. UGRYZIENIE, UKĄSZENIE LUB UŻĄDLENIE, ZDIAGNOZOWANIE BORELIOZY</b>	<b>200 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ VIII. NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK BEZ TRWAŁEGO USZCZERBKU</b>	<b>150 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ IX. KOSZTY OPERACJI PLASTYCZNYCH</b>	<b>10 000 zł</b>
<b>ZAKRES DODATKOWY</b>	<b>SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA</b>
<b>ROZDZIAŁ X. KOSZTY KOREPETYCJI</b>	<b>700 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ XI. KOSZTY POSZUKIWANIA DZIECKA</b>	<b>5 000 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ XII. PSYCHOLOG DLA UBEZPIECZONEGO DZIECKA</b>	<b>500 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ XIII. PSYCHOLOG DLA OPIEKUNA PRAWNEGO</b>	<b>200 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ XIV. KOSZTY LECZENIA</b>	<b>4 000 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ XV. POBYT W SZPITALU PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU</b>	<b>25 zł / dzień (limit 1125 zł)</b>
<b>ROZDZIAŁ XVII. POWAŻNE ZACHOROWANIE</b>	<b>5 000 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ XIX. KOSZTY REHABILITACJI</b>	<b>2 000 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ XX. KOSZTY ŚRODKÓW SPECJALNYCH</b>	<b>4 000 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ XXII. ŚMIERĆ OPIEKUNA PRAWNEGO</b>	<b>3 000 zł</b>
<b>ROZDZIAŁ XXIII. POBYT W SZPITALU Z POWODU CHOROBY</b>	<b>25 zł / dzień (limit 2 000 zł)</b>
<b>ROZDZIAŁ XXIV. ZWROT KOSZTÓW WYCIECZKI</b>	<b>400 zł</b>

**Ubezpieczenie Szkolne V 184  
oferta specjalna wariant III****Polisa typ 184 nr 001100047**

Jednostka organizacyjna 589/000/00000/68616/1

**ROZDZIAŁ XXV. DZIECKO W SIECI**

wsparcie informatyczne, prawne lub psychologiczne pod nr tel. +48 22 295 82 10

**w zakresie****6. LICZBA OSÓB**

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 52 osoby

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 2024-10-31Składka  
NNW za 1 os/rok 69 zł**Składka łączna z polisy: 3 588 zł**

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 02 1240 6957 7008 2200 1100 0474

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