

## Ubezpieczenie Szkolne IV 184

## 1. OKRES UBEZPIECZENIA

Od: 2019-10-01 godz. 00:00 Do: 2020-09-30 godz. 23:59

## 2. UBEZPIECZAJĄCY

UCZELNIA PAŃSTWOWA im. Szymona Szymonowica  
22-400 ZAMOŚĆ UL. PERECA 2  
PESEL/REGON: 060044114

## 3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

UCZELNIA PAŃSTWOWA im. Szymona Szymonowica  
22-400 ZAMOŚĆ UL. PERECA 2  
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	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	10 000 zł
Dodatkowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek aktów terroru	5 000 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	4 000 zł
Zwrot kosztów poszukiwania dziecka w przypadku zaginięcia	5 000 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek NW	400 zł
Zwrot kosztów pomocy psychologicznej po NW	400 zł
ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	4 000 zł
Klauzula nr 2 - dzienne świadczenie szpitalne	30 zł / dzień, limit 1 350 zł
Klauzula nr 11 - BEZPIECZNE DZIECKO W SIECI	2 zgłoszenia

## 6. LICZBA OSÓB

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 450 osób

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

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

## 7. SKŁADKA

Składka płatna:  gotówką  przelewem

do dnia 2019-11-30

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 33 zł

za wszystkie osoby: 14 850 zł

Składka łączna z polisy: 14 850 zł

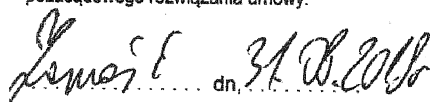
Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group:

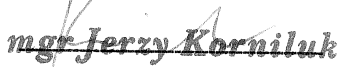
79 1240 6957 7008 2255 1025 1807

## 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 IV 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 31/03/2019 z dnia 25 marca 2019 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 15 kwietnia 2019 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 IV 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 IV 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. 31.08.2018  
DYREKTOR  
REGIONALNEJ BIURA HANDLOWEGO  
w Lublinie  
Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy  
Krzysztof Leimanowicz

KANCLERZ  
  
mgr Jerzy Korniluk  
Podpis Ubezpieczającego

UCZELNIA PAŃSTWOWA  
im. Szymona Szymonowica  
w Zamościu  
22-400 Zamość, ul. Pereca 2  
Regon 060044114, NIP 9222736166  
-1-