

Ubezpieczenie szkolne V 184

POLISA typ 184 nr 1070263
jednostka organizacyjna 518/000/0000/60650/1
ID: 4482

3.0.5 WZ

1. OKRES UBEZPIECZENIA

od: 01.10.2023 godz: 00:00 do: 30.09.2024 godz: 23:59

2. UBEZPIECZAJĄCY

RADA RODZICÓW II LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE IM. ADAMA MICKIEWICZA W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ
26-110 SKARŻYSKO-KAMIENNA, AL. MARSZAŁKA JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 50

PESEL/REGION: 000695278

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

II LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE IM. ADAMA MICKIEWICZA W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ
26-110 SKARŻYSKO-KAMIENNA, AL. MARSZAŁKA JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 50

PESEL/REGION: 000695278

Typ Szkoły Ponadpodstawowe

4. UBEZPIECZONY

Dzieci, młodzież, osoby uczące się oraz personel placówki oświatowej - zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy

5. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Rodzaj świadczenia	Suma/limit ubezpieczenia
USZKODZENIE CIAŁA 100% USZCZERBKU NA ZDROWIU	50 000 zł
ŚMIERĆ W ŚRODKU LOKOMOCJI LUB AKTÓW TERRORU	37 500 zł
ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	25 000 zł
USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK NW	25 000 zł
ŚMIERĆ NA TERENIE PLACÓWKI OŚWIATOWEJ	50 000 zł
USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK AKTU TERRORU	25 000 zł
UGRYZIENIE, UKĄSZENIE LUB UŻĄDLENIE, ZDIAGNOZOWANIE BORELIOZY	200 zł
NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK BEZ TRWAŁEGO USZCZERBKU	375 zł
KOSZTY OPERACJI PLASTYCZNYCH	10 000 zł
KOSZTY POSZUKIWANIA DZIECKA	5 000 zł
KOSZTY KOREPETYCJI	700 zł
PSYCHOLOG DLA UBEZPIECZONEGO DZIECKA	500 zł
PSYCHOLOG DLA OPIEKUNA PRAWNEGO	200 zł
Zakres dodatkowy	Suma/limit ubezpieczenia
<input checked="" type="checkbox"/> Rozdział XIV KOSZTY LECZENIA	10 000 zł
<input checked="" type="checkbox"/> Rozdział XV POBYT W SZPITALU PO NW	70zł/ dzień, limit 2250 zł
<input type="checkbox"/> Rozdział XVI LECZENIE SZPITALNE PO NW	
<input checked="" type="checkbox"/> Rozdział XVII POWAŻNE ZACHOROWANIE	5 000 zł
<input type="checkbox"/> Rozdział XVIII NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY LUB NAUKI	
<input checked="" type="checkbox"/> Rozdział XIX KOSZTY REHABILITACJI	10 000 zł
<input checked="" type="checkbox"/> Rozdział XX KOSZTY ŚRODKÓW SPECJALNYCH	10 000 zł
<input checked="" type="checkbox"/> Rozdział XXI KOSZTY POGRZEBU OPIEKUNA PRAWNEGO	1 000 zł
<input type="checkbox"/> Rozdział XXII ŚMIERĆ OPIEKUNA PRAWNEGO	
<input checked="" type="checkbox"/> Rozdział XXIII POBYT W SZPITALU Z POWODU CHOROBY <input type="checkbox"/> rozszerzenie zakresu odpowiedzialności a chorobę zdiagnozowaną w ostatnim kontynuowanym okresie ubezpieczenia	50zł/dzień, limit 2 000 zł
<input checked="" type="checkbox"/> Rozdział XXIV ZWROT KOSZTÓW WYCIECZKI	500 zł
<input checked="" type="checkbox"/> Rozdział XXV DZIECKO W SIECI w ramach skorzystania z pomocy należy zadzwonić pod nr tel. +48 22 295 82 10 podając nr polisy	w zakresie
<input checked="" type="checkbox"/> Rozdział XXVI OC PERSONELU PLACÓWKI OŚWIATOWEJ	suma gwarancyjna 100000 zł
<input type="checkbox"/> Rozdział XXVII MIENIE W SZATNI	
<input type="checkbox"/> Rozdział XXVIII OC W ŻYCIU PRYWATNYM	

6. LICZBA OSÓB

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 418 osób
W zakresie ubezpieczenia NNW dyrektora i personelu placówki oświatowej: 0 osób
W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 54 osób
W zakresie OC w życiu prywatnym: 0 osób

7. SKŁADKA

NNW za 1 osobę/rok 58 zł Składka za wszystkie osoby: 24 244 zł
OC Personelu placówki oświatowej 162 zł
Mienie w szatni 0 zł
OC w życiu prywatnym 0 zł
Składka z polisy: 24 406,0 zł słownie: dwadzieścia cztery tysiące czterysta sześć zł 0/100
Składka płatna: jednorazowo przelewem do dnia: 15.10.2023 gotówką

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 74 1240 5703 1111 0000 4897 5098

8. POSTANOWIENIA DODATKOWE

Integralną częścią umowy Ubezpieczenia jest aneks zmieniający postanowienia OWU

K:P:0 A:20

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 Compensa 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 ubezpieczeniu 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 informację dotyczącą dystrybutora ubezpieczeń, w tym o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia, oraz o możliwości złożenia reklamacji wnoszenia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Ródno, dnia: 31.08.2023

zozw. PUNU 14542/96
26-110 Skarżysko-Kamienna, Pl. Floriański 3/102c
tel. 002 796 877, 004 340 365
REGON 141252448001

RADA RODZICÓW
przy II Liceum Ogólnokształcącym
im. Adama Mickiewicza
al. Piłsudskiego 50, 26-110 Skarżysko-Kam
tel. 41 2513 970 NIP: 6631778806

Małgorzata Cioch

POLISA TYP 184 nr 1070263

jednostka organizacyjna 518/000/0000/60650/1

ORYGINAŁ/KOPIA

3.0.5_WZ

UBEZPIECZENIE SZKOLNE V 184

ANEKS ZMIENIAJĄCY postanowienia OWU

Poniższe zapisy zmieniają postanowienia zawarte w Ogólnych warunkach 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.

Zmianie podlegają następujące zapisy OWU:

Rozdział II

punkt 7 zmienia treść na „Jeżeli Ubezpieczony wskutek nieszczęśliwego wypadku doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, COMPENSA wypłaca taki procent sumy ubezpieczenia w jakim został orzeczony stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalony na podstawie Załącznika nr 1 - Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

Rozdział XIV

punkt 5 zmienia treść na „ W przypadku zwrotu kosztów wizyt stomatologicznych po nieszczęśliwym wypadku limit odpowiedzialności wynosi 1.500zł w okresie ubezpieczenia, w tym także koszty odbudowy zębów stałych, niezależnie od ilości zębów.”

Radom, dnia 31.08.2023

WITOLD BROŻEK Biuro Ubezpieczeń

zewz. PUNU 14542/96

26-110 Skarżysko-Kamienna, Pl. Floriański 3/102c

tel. 602 795 977, 604 340 365

BROŻEK WITOLD nr 60650/1

tel./fax 41 252 84 00

RADA RODZICÓW

przy II Liceum Ogólnokształcącym

im. Adama Mickiewicza

al. Piłsudskiego 50, 26-110 Skarżysko-Kam.

tel. 41 2513 970 NIP: 603 37 70 000
pieczęć i podpis Ubezpieczającego*Maiżona Be*
Wojcik

ANALIZA POTRZEB KLIENTA

1. DANE POSZUKUJĄCEGO OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

NAZWA: RADA RODZICÓW II LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE IM. ADAMA MICKIEWICZA W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ

Liczba potencjalnych ubezpieczonych 418 osób

Wiek potencjalnych ubezpieczonych od: # do: 20 lat

2. RYZYKA, KTÓRE ZDANIEM POSZUKUJĄCEGO OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ POWINNY ZOSTAĆ OBJĘTE OCHRONĄ

Nazwa ryzyka	Suma ubezpieczenia	TAK czy	Jeśli TAK, to jaka suma ubez.
USZKODZENIE CIAŁA 100% USZCZERBKU NA ZDROWIU	60 000 zł	TAK	50 000 zł
ŚMIERĆ W ŚRODKU LOKOMOCJI LUB AKTÓW TERRORU	100 000 zł	TAK	37 500 zł
ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	100 000 zł	TAK	25 000 zł
USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK NW	60 000 zł	TAK	25 000 zł
ŚMIERĆ NA TERENIE PLACÓWKI OŚWIATOWEJ	100 000 zł	TAK	50 000 zł
USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK AKTU TERRORU	60 000 zł	TAK	25 000 zł
UGRYZIENIE, UKĄSZENIE LUB UŻĄDLENIE, ZDIAGNOZOWANIE BORELIOZY	200 zł	TAK	200 zł
NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK BEZ TRWAŁEGO USZCZERBKU	1,5% SU NW	TAK	375 zł
KOSZTY OPERACJI PLASTYCZNYCH	10 000 zł	TAK	10 000 zł
KOSZTY POSZUKIWANIA DZIECKA	5 000 zł	TAK	5 000 zł
KOSZTY KOREPETYCJI	700 zł	TAK	700 zł
PSYCHOLOG DLA UBEZPIECZONEGO DZIECKA	500 zł	TAK	500 zł
KOSZTY LECZENIA	w zakresie (do 50% s.u. na trwały uszczerbek, max.10 000zł)	TAK	10 000 zł
POBYT W SZPITALU PO NW	od 50 do 120zł za każdy dzień,	TAK	70zł/ dzień, limit 2250 zł
LECZENIE SZPITALNE PO NW	0-5 000zł	NIE	
POWAŻNE ZACHOROWANIE	0-5 000zł	NIE	5 000 zł
NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY LUB NAUKI	0-1 800zł	NIE	
KOSZTY REHABILITACJI	do 50% s.u. na trwały uszczerbek, max.10 000zł	TAK	10 000 zł
KOSZTY ŚRODKÓW SPECJALNYCH	w zakresie (do 40% s.u. na trwały uszczerbek, max.10 000zł)	TAK	10 000 zł
KOSZTY POGRZEBU OPIEKUNA PRAWNEGO	1 000 zł	TAK	1000
ŚMIERĆ OPIEKUNA PRAWNEGO	0-10 000zł	NIE	
POBYT W SZPITALU Z POWODU CHOROBY	od 50 do 100zł/dzień, limit 2000zł	TAK	50zł/dzień, limit 2 000 zł
ZWROT KOSZTÓW WYCIECZKI	0-500zł	TAK	500 zł
DZIECKO W SIECI	w zakresie	TAK	OWU
OC PERSONELU PLACÓWKI OŚWIATOWEJ	od 50000zł do 150000zł	TAK	suma gwarancyjna 100000 zł
MIENIE W SZATNI	3 000 zł	NIE	
OC W ŻYCIU PRYWATNYM	25 000 zł	NIE	

3. REKOMENDOWANY PRODUKT UBEZPIECZENIOWY WG DYSTRYBUTORA UBEZPIECZEN

Ubezpieczenie szkolne V 184 Compensa TU SA VIG

Data wypełnienia dokumentu: 31.08.2023

RADA RODZICÓW
przy II Liceum Ogólnokształcącym
im. Adama Mickiewicza
al. Piłsudskiego 50, 26-110 Skarżysko
tel. 41 2513 970 NIP: 663-376

podpis osoby wypełniającej dokument:

*Maigomabe
Włodarczyk*