

## Ubezpieczenie Szkolne V 184

Polisa typ 184 nr 001091559

Jednostka organizacyjna 526/000/40179

## 1. OKRES UBEZPIECZENIA

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

## 2. UBEZPIECZAJĄCY

Katolicka Szkoła Podstawowa w Polkowicach  
59-100 Polkowice, PL. Kościelny 2  
PESEL/REGON: 368043837

## 3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Katolicka Szkoła Podstawowa w Polkowicach  
59-100 Polkowice, PL. Kościelny 2  
REGON: 368043837 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

ZAKRES PODSTAWOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
ROZDZIAŁ VI. ŚMIERĆ NA TERENIE PLACÓWKI OŚWIATOWEJ	70 000 zł
ROZDZIAŁ V. ŚMIERĆ W ŚRODKU LOKOMOCJI LUB WSKUTEK AKTU TERRORU	52 500 zł
ROZDZIAŁ IV. ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	35 000 zł
USZKODZENIE CIAŁA 100% USZCZERBKU NA ZDROWIU	56 000 zł
ROZDZIAŁ III. USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK AKTU TERRORU	42 000 zł
Uszczerbki do 10% wypłata za każdy 1% SU	400 zł
Uszczerbki od 11% do 24% wypłata za każdy 1% SU	420 zł
Uszczerbki od 25% wypłata za każdy 1% SU	840 zł
ROZDZIAŁ II. USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	28 000 zł
Uszczerbki do 10% wypłata za każdy 1% SU	280 zł
Uszczerbki od 11% do 24% wypłata za każdy 1% SU	280 zł
Uszczerbki od 25% wypłata za każdy 1% SU	560 zł
ROZDZIAŁ VII. UGRYZIENIE, UKĄSZENIE LUB UŻĄDLENIE, 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 XIV. KOSZTY LECZENIA	10 000 zł
ROZDZIAŁ XV. POBYT W SZPITALU PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU	70 zł / dzień, limit 3 150 zł
ROZDZIAŁ XVI. LECZENIE SZPITALNE PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU	2 800 zł
ROZDZIAŁ XVII. POWAŻNE ZACHOROWANIE	5 000 zł
ROZDZIAŁ XIX. KOSZTY REHABILITACJI	10 000 zł
ROZDZIAŁ XX. KOSZTY ŚRODKÓW SPECJALNYCH	10 000 zł
ROZDZIAŁ XXI. KOSZTY POGRZEBU OPIEKUNA PRAWNEGO	1 000 zł
ROZDZIAŁ XXII. ŚMIERĆ OPIEKUNA PRAWNEGO	5 000 zł
ROZDZIAŁ XXIII. POBYT W SZPITALU Z POWODU CHOROBY	50 zł / dzień, limit 2 000 zł
ROZDZIAŁ XXV. DZIECKO W SIECI	w zakresie
wsparcie informatyczne, prawne lub psychologiczne pod nr tel. +48 22 295 82 10	
ROZDZIAŁ XXVI. OC PERSONELU PLACÓWKI OŚWIATOWEJ	Suma gwarancyjna 100 000 zł

**Ubezpieczenie Szkolne V 184****Polisa typ 184 nr 001091559**

Jednostka organizacyjna 526/000/40179

**6. LICZBA OSÓB**

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 60 osób

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

W zakresie ubezpieczenia OC dyrektora i personelu placówki oświatowej: 20 osób

W zakresie ubezpieczenia OC w życiu prywatnym: 0 osób

**7. SKŁADKA**Składka płatna:  gotówką  przelewem do dnia 2024-10-31

Składka

NNW za 1 os/rok 65 zł

OC personelu placówki oświatowej za 1 os/rok 5 zł

**Składka łączna z polisy: 4 000 zł**

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 13 1240 6957 7008 2200 1091 5595

K P:44 A:20

## 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