

## Ubezpieczenie Szkolne V 184

**Polisa typ 184 nr 001094058**

Jednostka organizacyjna 511/000/00000/65817

**1. OKRES UBEZPIECZENIA**

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

**2. UBEZPIECZAJĄCY**

RADA RODZICÓW PRZY SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 1 IM. WŁADYSŁAWA REYMONTA  
98-200 SIERADZ UL. KOŚCIUSZKI 14  
PESEL/REGON: 000734989

**3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ**

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1 IM. WŁADYSŁAWA REYMONTA  
98-200 SIERADZ UL. KOŚCIUSZKI 14  
REGON: 000734989

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**

|  |  |
|--|--|
| ROZDZIAŁ VI. ŚMIERĆ NA TERENIE PLACÓWKI OŚWIATOWEJ   | 60 000 zł                                      |
| ROZDZIAŁ V. ŚMIERĆ W ŚRODKU LOKOMOCJI LUB WSKUTEK AKTU TERRORU   | 45 000 zł                                      |
| ROZDZIAŁ IV. ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU  | 30 000 zł                                      |
| USZKODZENIE CIAŁA 100% USZCZERBKU NA ZDROWIU   | 50 000 zł                                      |
| ROZDZIAŁ III. USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK AKTU TERRORU   | 37 500 zł                                      |
| Uszczerbki do 10% wypłata za każdy 1% SU   | 375 zł   |
| Uszczerbki od 11% do 24% wypłata za każdy 1% SU  | 375 zł   |
| Uszczerbki od 25% wypłata za każdy 1% SU   | 750 zł   |
| ROZDZIAŁ II. USZKODZENIE CIAŁA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU   | 25 000 zł                                      |
| Uszczerbki do 10% wypłata za każdy 1% SU   | 250 zł   |
| Uszczerbki od 11% do 24% wypłata za każdy 1% SU  | 250 zł   |
| Uszczerbki od 25% wypłata za każdy 1% SU   | 500 zł   |
| ROZDZIAŁ VII. UGRYZENIE, UKĄSZENIE LUB UŻĄDLENIE, ZDIAGNOZOWANIE BORELIOZY   | 200 zł   |
| ROZDZIAŁ VIII. NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK BEZ TRWAŁEGO USZCZERBKU   | 150 zł   |
| ROZDZIAŁ IX. KOSZTY OPERACJI PLASTYCZNYCH  | 10 000 zł                                      |
| <b>ZAKRES DODATKOWY</b>  | <b>SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA</b>              |
| ROZDZIAŁ X. KOSZTY KOREPETYCJI   | 700 zł   |
| ROZDZIAŁ XI. KOSZTY POSZUKIWANIA DZIECKA   | 5 000 zł                                       |
| ROZDZIAŁ XII. PSYCHOLOG DLA UBEZPIECZONEGO DZIECKA   | 500 zł   |
| ROZDZIAŁ XIII. PSYCHOLOG DLA OPIEKUNA PRAWNEGO   | 200 zł   |
| ROZDZIAŁ XIV. KOSZTY LECZENIA  | 3 000 zł                                       |
| ROZDZIAŁ XV. POBYT W SZPITALU PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU  | 70 zł / dzień, limit 3 150 zł                  |
| ROZDZIAŁ XVII. POWAŻNE ZACHOROWANIE  | 5 000 zł                                       |
| ROZDZIAŁ XIX. KOSZTY REHABILITACJI   | 3 000 zł                                       |
| ROZDZIAŁ XX. KOSZTY ŚRODKÓW SPECJALNYCH  | 3 000 zł<br>(limit na uszk. sprz. med. 600 zł) |
| ROZDZIAŁ XXI. KOSZTY POGRZEBU OPIEKUNA PRAWNEGO  | 1 000 zł                                       |
| ROZDZIAŁ XXII. ŚMIERĆ OPIEKUNA PRAWNEGO  | 10 000 zł                                      |
| ROZDZIAŁ XXIII. POBYT W SZPITALU Z POWODU CHOROBY  | 50 zł / dzień, limit 2 000 zł                  |
| ROZDZIAŁ XXVI. DZIECKO W SIECI   | w zakresie                                     |
| <i>W ramach skorzystania z pomocy należy zadzwonić pod nr tel. +48 22 295 82 10 podając nr uwidoczony na potwierdzeniu zawarcia umowy ubezpieczenia.</i> |  |
| ROZDZIAŁ XXVII. OC PERSONELU PLACÓWKI OŚWIATOWEJ   | Suma gwarancyjna 100 000 zł                    |
| SZ1 100, OPER. KLESZCZ, RODZIC   | X zł   |

**6. LICZBA OSÓB**

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 455 osób  
W zakresie ubezpieczenia NNW dyrektora i personelu placówki oświatowej: 0 osób  
W zakresie ubezpieczenia OC dyrektora i personelu placówki oświatowej: 50 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 65 zł

OC personelu placówki oświatowej za 1 os/rok 5 zł

Składka łączna z polisy: 29 825 zł

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 15 1240 6957 7008 2200 1094 0585

## 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 Uchwała 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.

**KANCELARIA EGIDA**

Magdalena Czerbniak

ul. Dąbrowskiego 27 lok. 2, 98-220 Zduńska Wola

NIP 829-108-05-50, REGON 100918479

tel. 531-883-582

Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

**RADA RODZICÓW**  
**przy Szkole Podstawowej Nr 1**

98-200 Sieradz, Kosciuszki 14

Nr konta 80 240 62 71 0000 197355

tel. 43 827 14 21

Podpis Ubezpieczającego

Louisa  
Hala  
dn. 20.08.2023

## Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

POLISA typ \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie  Imienne  Bezlenne

### 1. DATA I MIEJSCE WYPADKU

Data \_\_\_\_\_ Godzina \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_ Miejsce wypadku \_\_\_\_\_

### 2. UBEZPIECZAJĄCY / PRACODAWCA / UCZELNIA

Imię i nazwisko / Nazwa (pleczątka) \_\_\_\_\_ Oświadczam, że poszkodowany jest objęty ochroną ubezpieczeniową

Adres z kodem pocztowym \_\_\_\_\_

Telefon / faks / e-mail \_\_\_\_\_

### 3. POSZKODOWANY / UBEZPIECZONY

podpis i pieczęć Imienna osoby upoważnionej

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres z kodem pocztowym \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Telefon / faks / e-mail \_\_\_\_\_

Poszkodowany jest zawodnikiem klubu  Tak  Nie

Imię i nazwisko w aściele konta \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Bank i numer konta, na które ma być przekazane odszkodowanie \_\_\_\_\_

### 4. OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG WYPADKU, RODZAJ DOZNANYCH OBRAŃEI

Dokładny opis \_\_\_\_\_

### 5. RODZICE / OPIEKUNOWIE PRAWNI

Imię i nazwisko ojca \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko matki \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Adres z kodem pocztowym \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### 6. DODATKOWE INFORMACJE

Czy na miejsce zdarzenia wzywana była Policja?  Tak  Nie Jednostka Policji \_\_\_\_\_

Poszkodowany by trzeźwy w chwili wypadku  Tak  Nie Przewidywany termin zakończenia leczenia \_\_\_\_\_

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy \_\_\_\_\_

Jeżeli ubezpieczony uległ wypadkowi podczas prowadzenia pojazdu – podać nr i kategorię Prawa Jazdy / Karty Rowerowej \_\_\_\_\_

#### UWAGA!

Obowiązkowo należy załączyć do zgłoszenia szkody – kartę informacyjną lub Inny dokument z placówki medycznej z opisem obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem i datą wypadku.

data \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

podpis Ubezpieczającego

podpis Poszkodowanego

podpis przedstawiciela Compensy

### 7. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na informowanie mnie o przebiegu procesu likwidacji szkody, w tym o dokumentach niezbędnych do rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia oraz o podjętej decyzji za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Tak  Nie Adres e-mail \_\_\_\_\_

## INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

**Administrator danych osobowych:** Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (adres: ul. Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), (dalej jako „Administrator”).

**Dane kontaktowe Administratora:** Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres email [centrala@compensa.pl](mailto:centrala@compensa.pl), telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Warszawa, ul. Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

**Inspektor Ochrony Danych:** Z inspektorem ochrony danych można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez email [iod@vig-polska.pl](mailto:iod@vig-polska.pl) lub pisemnie na adres Administratora (tj. Warszawa, ul. Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna:** Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

| CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH  | PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA   |
|---|---|
| likwidacja szkody z umowy ubezpieczenia   | niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;<br>niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych).               |
| ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych ze zgłoszoną szkodą                                  | niezbędność przetwarzania do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora. Prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń.                      |
| ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłatom nienależnych świadczeń | Niezbędność przetwarzania do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora. Prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest zapobieganie i ściganie przestępstw popełnianych na jego szkodę. |
| reasekuracji ryzyk  | niezbędność do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora. Prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego.   |

### Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń wynikających ze szkody będącej przedmiotem prowadzonego postępowania likwidacyjnego lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

### Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom upoważnionym do pozyskania danych osobowych na podstawie szczególnych przepisów prawa, zakładom reasekuracji, a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu dochodzenia należności, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom świadczącym usługi w zakresie likwidacji szkód, podmiotom archiwizującym lub usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

### Przekazywanie danych poza EOG

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom znajdującym się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

### Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo cofnięcia zgody. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej.

### Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacji zgłoszonej szkody – bez podania danych osobowych likwidacja szkody nie jest możliwa.

## JAK ZGŁOSIĆ SZKODĘ

**BEZPOŚREDNI MAIL DO ZGŁOSZENIA SZKODY: [zgloszenia@compensa.pl](mailto:zgloszenia@compensa.pl)**

**Krok 1: zeskanuj druk zgłoszenia szkody oraz dokumentację medyczną**

**Krok 2: po wysłaniu otrzymasz numer zgłoszonej szkody**

### ZA POŚREDNICTWEM:

**MAGDALENA CZERBNIAK**

**TEL.: 531-883-582**

**Adres e-mail: [egida.mczerbniak@zdwola.com.pl](mailto:egida.mczerbniak@zdwola.com.pl)**

**BIURO**

**TEL.: 504-920-597**

**Adres e-mail: [biuro.egida@zdwola.com.pl](mailto:biuro.egida@zdwola.com.pl)**

**98-220 ZDUŃSKA WOLA, UL. DĄBROWSKIEGO 27 lok. 2 ( na starej poczcie)**

**W CELU UZYSKANIA DODATKOWYCH INFORMACJI LUB W CELU UZYSKANIA POMOCY W PROCESIE LIKWIDACJI SZKÓD PROSIMY O KONTAKT Z KANCELARIĄ UBEZPIECZENIOWĄ „EGIDA”**