

**Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków
dzieci, młodzieży – Ubezpieczenie Szkolne III 184**

Polisa typ 184 nr

Jednostka organizacyjna 526/000/00000/40278

OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia: od godz. 00:00 do godz. 23:59 - ale nie wcześniej niż od 00:00 następnego dnia po opłaceniu składki

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko/Nazwa:

PESEL/REGON:

Adres:

UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Suma/ limit ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego

ZAKRES PODSTAWOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Śmierć wskutek NW	70 000 zł
Śmierć wskutek NW w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru (dodatkowa suma ubezpieczenia)	16 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	45 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW stawka za 1% SU	450 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru (dodatkowa suma ubezpieczenia)	7 000 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia przez psa lub kota, użądlenia	200 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu NW w przypadku, gdy nie jest orzeczony trwały uszczerbek na zdrowiu	300 zł
Zwrot kosztów operacji plastycznych wskutek NW	6 000 zł
Zwrot kosztów leczenia	6 000 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wskutek NW	1 400 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania	1 500 zł
Zwrot kosztów rehabilitacji	6 000 zł
Zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub innego sprzętu medycznego w wyniku NW (np.: okulary korekcyjne, aparat słuchowy, pompa insulinowa, aparat ortodontyczny wspomagające proces leczenia)	6 000 zł (uszkodzenie sprzętu medycznego max.500 zł)
Jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek NW	1 500 zł
Dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby	20 zł / dzień
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych w następstwie NW	400 zł
Compensa iMe - Ubezpieczenie iMe Kids Secure	1 zgłoszenie

SKŁADKA

Składka płatna: jednorazowo przelewem

Składka roczna za ubezpieczenie NNW: **125,00 zł**

słownie: sto dwadzieścia pięć zł.

Nr konta ideafairplay.pl sp. z o.o.: 89 2490 0005 0000 4600 4080 1486

tytuł przelewu:

OŚWIADCZENIA

- 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 III 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 12/04/2018 z dnia 13 kwietnia 2018 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 24 kwietnia 2018 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 III 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.
- 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 III 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 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
- Oświadczam, że zapoznałem się oraz osoby zainteresowane zawarciem umowy ubezpieczenia z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.
- 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.

Wrocław,

Miejscowość, data

pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

Ubezpieczający

OŚWIADCZENIE WOLI W SPRAWIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH

Udzielona zgoda będzie ważna aż do wyraźnego odwołania. Przysługuje Pani/Panu prawo do odwołania w każdym czasie każdej z poniższych zgód poprzez skierowanie oświadczenia na adres e-mail: korespondencja@compensa.pl lub za pośrednictwem telefonu po numerem: +48 22 501 61 00 lub pisemnie na adres korespondencyjny: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02- 342 Warszawa (Compensa)

1) Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

TAK NIE

2) Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe).

TAK NIE

data i podpis osoby składającej oświadczenie