

Ubezpieczenie Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych - Ubezpieczenie Szkolne II 184
Polisa typ 184 nr 001004690

Jednostka organizacyjna Szczecin

1. OKRES UBEZPIECZENIA

Od: 2017-09-01godz. 00:00Do: 2018-08-31godz. 23:59

2. UBEZPIECZAJĄCY

RADA RODZICÓW ZESPOŁU SZKÓŁ NR 12

ul. Kabłowa 14 70-895 Szczecin

PESEL/REGON: 320392185

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Zespół Szkół Nr 12

ul. Kabłowa 14 70-895 Szczecin

REGON: 320392185

Typ placówki: Zespoły szkół

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	10 000 zł
Śmierć wskutek NW w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru	5 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	10 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru	5 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia, ukąszenia, 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 korepetycji niezbędnych wskutek NW	400 zł
ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	4 000 zł
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	4 000 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia, nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego	4 000 zł 500 zł
Klauzula nr 8 - zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osoby niepełnosprawnej	5 000 zł
Klauzula nr 15 - COMPENSA iMe - Ubezpieczenie iMe Kids Secure	1 zgłoszenie

6. LICZBA OSÓB

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 131 osób (w tym 13 osób zwolnionych z opłacenia składki)

W zakresie ubezpieczenia NNW personelu placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 0 osób

7. SKŁADKASkładka płatna: ☐ gotówką ☒ przelewem

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 32 zł

do dnia 2017-10-31

za wszystkie osoby: 3 776 zł

Składka łączna z polisy: 3 776 zł

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

70 1240 6957 7008 2200 1004 6904

Ubezpieczenie Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych - Ubezpieczenie Szkolne II 184
Polisa typ 184 nr 001009551

Jednostka organizacyjna Szczecin

1. OKRES UBEZPIECZENIA

Od: 2017-09-01godz. 00:00Do: 2018-08-31godz. 23:59

2. UBEZPIECZAJĄCY

RADA RODZICÓW ZESPOŁU SZKÓŁ NR 12

70-895 Szczecin ul. Kabłowa 14

PESEL/REGON: 320392185

3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Zespół Szkół Nr 12

ul. Kabłowa 14 70-895 Szczecin

REGON: 320392185

Typ placówki: Zespoły szkół

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	14 000 zł
Śmierć wskutek NW w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru	7 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	14 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru	7 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia, ukąszenia, użądlenia	200 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu wystąpienia NNW w przypadku, gdy nie został orzeczony trwały uszczerbek na zdrowiu	210 zł
Zwrot kosztów operacji plastycznych wskutek NW	5 600 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek NW	400 zł

ZAKRES DODATKOWY

	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	5 600 zł
Klauzula nr 2 - dzienne świadczenie szpitalne	25 zł / dzień, limit 2 250 zł
Klauzula nr 4 - jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego	1 000 zł
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	5 600 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia, nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego	5 600 zł 500 zł
Klauzula nr 8 - zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osoby niepełnosprawnej	7 000 zł
Klauzula nr 10 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	1 500 zł
Klauzula nr 13 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nowotworem złośliwym	1 000 zł
Klauzula nr 14 - jednorazowe świadczenie z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego wrodzonej wady serca	1 000 zł
Klauzula nr 15 - COMPENSA iMe - Ubezpieczenie iMe Kids Secure	1 zgłoszenie

6. LICZBA OSÓB

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 138 osób (w tym 13 osób zwolnionych z opłacenia składki)

W zakresie ubezpieczenia NNW personelu placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 0 osób

7. SKŁADKASkładka płatna: ☐ gotówką ☒ przelewem

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 46 zł

do dnia 2017-10-31

za wszystkie osoby: 5 750 zł

Składka łączna z polisy: 5 750 zł

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

69 1240 6957 7008 2200 1009 5519

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 ☐ Bezimienne

1. DATA I MIEJSCE WYPADKU

Data _____ Godzina _____ min. _____ Miejsce wypadku _____

2. UBEZPIECZAJĄCY / PRACODAWCA / UCZELNIA

Imię i nazwisko / Nazwa (pieczęć) _____ 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 właściciela konta _____ PESEL _____

Bank i numer konta, na które ma

być przekazane odszkodowanie _____

4. OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG WYPADKU, RODZAJ DOZNANYCH OBRAŻEŃ

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 był 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 kategorie 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 _____

8. OŚWIADCZENIE W SPRAWIE PRZEKAZYWANIA DANYCH OSOBOWYCH PROFESJONALNYM PODMIOTOM, KTÓRE ZAJMUJĄ SIĘ LIKWIDACJĄ SZKÓD

W związku z tym, że likwidacja szkody wymaga współpracy Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z innymi, profesjonalnymi podmiotami, zgodnie z art. 23.1.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie i przekazywanie przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, takich jak imiona, nazwisko, adres zamieszkania, adres dla korespondencji, numer telefonu, adres e-mail, niezbędnych w procesie likwidacji szkody, innym podmiotom prawa polskiego, którym Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group zleca czynności ubezpieczeniowe w postaci usług w zakresie likwidacji szkód.

Data _____

czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę:

Informacje od Administratora Danych Osobowych

Zgodnie z art. 24.1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.), informuję, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162,
- 2) ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
- 3) Pana/Pani dane osobowe jako poszkodowanego mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia,
- 4) Pana/Pani dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie postanowień ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U. 2013, poz. 950, z późn. zm.),
- 5) Pana/Pani dane osobowe mogą być przekazywane lub udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa, a także, jeżeli wyraził Pan/wyraziła Pani na to zgodę, podmiotom (nazwy i adresy podmiotów są umieszczone na stronie internetowej www.compensa.pl), z którymi Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.

9. ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI

Wyrażam zgodę w trybie art. 23 w zw. z art. 22 ust. 1 i 3 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U. 2013, poz. 950, z późn. zm.) na udostępnianie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych spółce działającej pod firmą Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group lub jej przedstawicielowi informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu leczenia i przyczynie śmierci,

Data _____

czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę:

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group
KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 526 02 14 686, Kapitał zakładowy: 179 851 957,00 zł – opłacony w całości

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
Compensa Kontakt: +48 22 501 61 00, 801 120 000