

**Ubezpieczenie Szkolne V 184**

**Polisa typ 184 nr 001051124**

Jednostka organizacyjna 511/000/00000/75388

**1. OKRES UBEZPIECZENIA**

Od: 2021-09-01 godz. 00:00 Do: 2022-08-31 godz. 23:59

**2. UBEZPIECZAJĄCY**

E-MALUCH S.C.  
93-478 Łódź, Ul. Prądzińskiego 6  
PESEL/REGON: 360664155

**3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ**

E-MALUCH S.C.  
93-478 Łódź, Ul. Prądzińskiego 6  
REGON: 360664155  
Typ placówki: Żłobki i przedszkola

**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 NNW	5 000 zł
Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji lub aktów terroru	2 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NNW	10 000 zł
Dodatkowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek aktów terroru	5 000 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia przez psa lub kota, ukąszenia przez żmiję, użądlenia	200 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu wystąpienia NNW w przypadku, gdy nie został orzeczony trwały uszczerbek na zdrowiu	150 zł
Zwrot kosztów operacji plastycznych wskutek NNW	10 000 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek NNW	500 zł
Zwrot kosztów pomocy psychologicznej po NNW dla ubezpieczonego	500 zł
Zwrot kosztów pomocy psychologicznej udzielonej opiekunowi prawnemu w związku ze śmiercią Ubezpieczonego dziecka wskutek NNW	200 zł
ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	1 500 zł
Klauzula nr 2 - dzienne świadczenie szpitalne	30 zł / dzień, limit 1 350 zł
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	1 500 zł
<b>Klauzula nr 11 - DZIECKO W SIECI</b>	<b>2 zgłoszenia</b>
<i>W ramach skorzystania z klauzuli należy zadzwonić pod nr tel. +48 22 244 22 20 lub napisać na adres e-mail: me@imeworldwide.com podając nr uwidoczony na potwierdzeniu zawarcia umowy ubezpieczenia.</i>	
<b>Zwrot kosztów poszukiwania dziecka w przypadku zaginięcia</b>	<b>5 000 zł</b>
<b>Pomoc udzielana opiekunom prawnym w przypadku uprowadzenia ubezpieczonego dziecka</b>	<b>1 zgłoszenie, pomoc 6 godzin</b>
<i>Pomoc jest udzielana po telefonicznym zgłoszeniu faktu uprowadzenia dziecka pod numer tel. +48 22 244 22 20</i>	

**6. LICZBA OSÓB**

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 400 osób  
W zakresie ubezpieczenia NNW dyrektora i personelu placówki oświatowej: 0 osób  
W zakresie ubezpieczenia OC dyrektora i personelu placówki oświatowej: 0 osób  
W zakresie ubezpieczenia OC w życiu prywatnym: 0 osób

**7. SKŁADKA**

Składka płatna:  gotówką  przelewem do dnia 2021-10-31  
Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 25 zł za wszystkie osoby: 10 000 zł  
**Składka łączna z polisy: 10 000 zł**  
Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 97 1240 6957 7008 2200 1051 1242

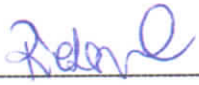
**8. POSTANOWIENIA DODATKOWE**

**9. OŚWIADCZENIA**

1. 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 V 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 13/03/2020 z dnia 21 marca 2020 r., zmienionych Aneksem nr 1 zatwierdzonym uchwałą Zarządu nr 21/04/2021 z dnia 24 kwietnia 2021 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 30 kwietnia 2021 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 V 184 oraz, że zapoznałem(am) się z treścią pełnomocnictwa Przedstawiciela Compensy. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przez 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.
6. 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. 1 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 otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem ubezpieczenia oraz możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązania umowy.

*Łochi* ..... dn. *01.08.2021*

  
Rafał Lesniński  
Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy  
tel. 42 607 07 04, 796 770 125  
NIP 727-103-83-37, REGON 100336659

  
Podpis Ubezpieczającego