

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków
dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu
w placówkach oświatowych – Ubezpieczenie Szkolne V 184

OFERTA KONTYNUACJI
Jednostka organizacyjna 534/000/00000/72644
Broker: Holbroker nr 90494

OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia: od 2021-10-17 godz. 00:00 do 2022-10-16 godz. 23:59

UBEZPIECZAJĄCY

UCZELNIA MEDYCZNA
im. Marii Skłodowskiej-Curie
00-136 Warszawa,
Plac Żelaznej Bramy 10
NIP: 524-19-16-252
REGON: 012444414

UBEZPIECZONY

Młodzież, osoby uczące się oraz personel placówki oświatowej
Ubezpieczenie grupowe imienne
Wg. załącznika nr 1 do polisy

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Suma/ limit ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego

ZAKRES PODSTAWOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Śmierć wskutek nw*	15 000 zł
Dodatkowe świadczenie na wypadek śmierci wskutek nw* w środku lokomocji lub aktów terroru	7 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nw*	15 000 zł
Dodatkowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek aktów terroru	7 500 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia przez psa lub kota, ukąszenia przez żmiję, użądlenia	200 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu wystąpienia nw*, w przypadku gdy nie został orzeczony trwały uszczerbek na zdrowiu	150 zł
Zwrot kosztów operacji plastycznej będącej następstwem nw*	10 000 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych w następstwie nw*	500 zł
Zwrot kosztów poszukiwania dziecka w przypadku zaginięcia	5 000 zł
Zwrot kosztów pomocy psychologicznej po nw*	500 zł
ZAKRES DODATKOWY	SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA
Klauzula nr 2 – dzienne świadczenie szpitalne	30 zł/ dzień, limit 1 350 zł
Klauzula nr 4 – jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania	5 000 zł
Klauzula nr 7- zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego	6 000 zł 500 zł
Klauzula nr 11 – BEZPIECZNE DZIECKO W SIECI	2 zgłoszenia
Pomoc udzielana opiekunom prawnym w przypadku uprowadzenia lub zaginięcia ubezpieczonego dziecka	1 zgłoszenie, pomoc 6 godzin

*nw- Nieszczęśliwy Wypadek

SKŁADKA

Składka płatna: jednorazowo przelewem do dnia 2021-11-15

W zakresie ubezpieczenia NNW personelu, młodzieży, osób uczących się: 360

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę za okres ubezpieczenia 12 miesięcy: 30 zł

Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę za okres ubezpieczenia krótszy niż 6 miesięcy: 20 zł

Składka łączna – 11.360,00 zł

Słownie złotych: jedenaście tysięcy trzysta sześćdziesiąt

Składka płatna przelewem jednorazowo do dnia 15.11.2021r. na konto COMPENSA TU S.A. Vienna Insurance Group

nr konta

9. Postanowienia dodatkowe

W przypadku osób studiujących w trybie zaocznym lub wieczorowym zakres ubezpieczenia obejmuje całodobowo następstwa nieszczęśliwych wypadków, jakie mogą się wydarzyć podczas:

- nauki lub pracy,
 - w drodze z domu do szkoły / pracy i ze szkoły / pracy do domu,
 - w życiu prywatnym,
 - podczas uprawiania sportu w ramach rekreacji lub rehabilitacji.
- powstałe na terytorium całego świata.**

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 21/04/2021 z dnia 21 kwietnia 2021 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 15 kwietnia 2020 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 oraz osoby zainteresowane zawarciem umowy ubezpieczenia 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. 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.

Warszawa, dnia 22.09.2021.

Miejscowość/data

pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

podpis Ubezpieczającego

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

