Polisa **Compensa Oświata**

COMPENSA VIENNA INSURANCE GROUP

Typ polisy: **185** Numer: **1110851**
Numer programu: SP58274189/6

Zgłoszenie szkody: **zgloszenie.compensa.pl | +48 22 501 61 00**
CENTRUM ALARMOWE w celu skorzystania z usług Assistance +48 22 501 33 33

OKRES UBEZPIECZENIA

Od **2026-09-01** r. godz. 00:00 do **2027-08-31** r. godz. 23:59 liczba dni **365**

TYP I FORMA UBEZPIECZENIA

Typ ubezpieczenia: **Roczny** Forma ubezpieczenia: **Grupowa z listą ubezpieczonych**

TYP PLACÓWKI/PODMIOTU

Szkoły podstawowe (zespoły szkolno-przedszkolne)
Liczba osób w placówce/w podmiocie: 130

DANE PLACÓWKI/PODMIOTU

Nazwa:	**SZKOŁA PODSTAWOWA NR 3 IM. KS. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO**
REGON:	**002757517**
Adres korespondencyjny:	**UL. LISTOPADOWA 18, 46-320 PRASZKA**
Nr telefonu:	**343591032**

NAZWA PROGRAMU

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 3 IM. KS. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko:	**DOROTA SMYRD**
PESEL:	**82051711386**
Data urodzenia:	**17.05.1982**
Adres korespondencyjny:	**UL. LEŚNA 2, 46-320 PRZEDMOŚĆ**
Nr telefonu:	**601479951**

UBEZPIECZENI

Dzieci, młodzież - w zakresie NW

Nauczyciele – w zakresie OC

Dyrektor – w zakresie OC

Osoby ubezpieczone – zgodnie z załączoną listą

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież	Wariant 1
Uszkodzenie ciała w następstwie NW oraz pomoc powypadkowa *również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia*	25 000 zł
uszczerbki do 25% - wypłata za 1% uszczerbku	250 zł
uszczerbki powyżej 25% - wypłata 2% SU za 1% uszczerbku	500 zł
uszkodzenie ciała w następstwie NW, na terenie placówki oświatowej do której uczęszcza Ubezpieczony, podczas wycieczki lub wyjścia w ramach zajęć organizowanych przez tę placówkę	dodatkowy 1% sumy NW
zadośćuczynienie za doznaną krzywdę	5% wypłaconego świadczenia z tytułu NW
świadczenie z tytułu utraty lub uszkodzenia mienia osobistego Ubezpieczonego wskutek rozboju lub bójki na terenie placówki oświatowej	300 zł
Śmierć w następstwie NW *również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia*	45 000 zł
świadczenie z tytułu pogrzebu Ubezpieczonego	2000 zł
Śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego	25 000 zł
łączne świadczenie do wypłaty (Śmierć w następstwie NW + Śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego)	70 000 zł
Śmierć na terenie placówki oświatowej – *w następstwie NW*	50 000 zł
łączne świadczenie do wypłaty (Śmierć w następstwie NW + Śmierć na terenie placówki oświatowej)	95 000 zł
Śmierć w następstwie choroby nowotworowej złośliwej Ubezpieczonego	10 000 zł
Psycholog dla rodziny w razie śmierci Ubezpieczonego *zwrot kosztów pomocy psychologicznej dla opiekuna prawnego, małżonka, partnera, dzieci lub rodzeństwa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego*	500 zł
Śmierć opiekuna prawnego – *w następstwie NW* *(śmierć obojga opiekunów prawnych jednocześnie w tym samym NW – dwukrotność SU wskazanej na śmierć opiekuna prawnego)*	4 000 zł
zwrot kosztów czesnego szkoły, studiów, kursów lub szkolenia Ubezpieczonego po śmierci jego opiekuna prawnego	1 000 zł
Koszty pogrzebu opiekuna prawnego – *w następstwie NW*	1 000 zł

Polisa **Compensa Oświata**

Typ polisy: **185** Numer: **1110851**
Numer programu: SP58274189/6

Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież	Wariant 1
Dziecko w sieci *pomoc informatyczna na wypadek problemów związanych z użytkowaniem komputera i Internetu, pomoc psychologiczno-prawna na wypadek hejtu w sieci*	TAK
Koszty leczenia w następstwie NW *zwrot kosztów m.in. wizyt lekarskich po nieszczęśliwym wypadku (w tym logopeda), badań, operacji, leków przepisanych w ramach leczenia*	6 000 zł
zwrot kosztów odbudowy zębów	500 zł za 1 ząb max. 2 000 zł
Koszty rehabilitacji w następstwie NW *zwrot kosztów konsultacji z rehabilitantem i zabiegów rehabilitacyjnych oraz kosztów hipoterapii*	6 000 zł
Koszty środków pomocniczych i ortopedycznych *zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków pomocniczych i ortopedycznych m.in.: protezy, ortezy, gorsety i kule, balkoniki, wózki inwalidzkie;*	4 000 zł
sprzęt medyczny: okulary korekcyjne, aparaty słuchowe, aparaty ortodontyczne, pompy insulinowe	600 zł
Koszty operacji plastycznych w następstwie NW *zwrot kosztów operacji mającej na celu zmniejszenie oszpeceń i okaleczeń powierzchni ciała*	5 000 zł
Operacje chirurgiczne *jednorazowe świadczenie z tytułu zabiegu chirurgicznego, wykonanego w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, połączonego z przecięciem tkanek*	
w następstwie NW	1 000 zł
w następstwie choroby	50% sumy na operacje w następstwie NW
wycięcie migdałków	250 zł
Pobyt w szpitalu w następstwie NW *za każdy dzień pobytu - od 1. dnia*	100 zł za 1 dzień max. 10 000 zł
zwrot kosztów zakwaterowania opiekuna prawnego wskutek hospitalizacji dziecka	100 zł za 1 dzień max. 1 000 zł
Leczenie szpitalne w następstwie NW *jednorazowe świadczenie za pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej 14 dni*	1 000 zł
Pobyt w szpitalu w następstwie choroby *za każdy dzień pobytu - od 1. dnia*	100 zł za 1 dzień max. 3 000 zł
świadczenie za pobyt w szpitalu psychiatrycznym lub na oddziale szpitalnym psychiatrycznym trwający nieprzerwanie 30 dni	1 000 zł
zwrot kosztów zakwaterowania opiekuna prawnego wskutek hospitalizacji dziecka	100 zł za 1 dzień max. 1 000 zł
Poważne zachorowanie *jednorazowe świadczenie z tytułu zdiagnozowania następujących chorób: anemia aplastyczna, borelioza, choroba tropikalna, cukrzyca typu I, guz mózgu, nowotwór złośliwy, odkleszczowe zapalenie opon mózgowych, paraliż, PIMS-TS, poliomyelitis, przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C, schyłkowa niewydolność nerek, sepsa, stwardnienie rozsiane, udar mózgu, utrata słuchu, utrata wzroku, wrodzona wada serca, zawał serca, transplantacja*	10 000 zł
Nieszczęśliwy wypadek bez uszczerbku na zdrowiu *jednorazowe świadczenie wypłacane gdy nieszczęśliwy wypadek nie spowodował uszczerbku na zdrowiu lub jednorazowe świadczenie z tytułu*	200 zł
zadośćuczynienia za ból odczuwany po NW z pobytem w szpitalu co najmniej 24h	100 zł
Ugryzienia, ukąszenia, użądlenia *ugryzienia przez zwierzęta i pajęczaki (z wyłączeniem ugryzienia przez kleszcza, skutkującym zdiagnozowaniem boreliozy lub odkleszczowego zapalenia opon mózgowych), ukąszenia lub użądlenia przez owady lub pajęczaki albo*	200 zł
zachorowanie na boreliozę lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych w wyniku ugryzienia przez kleszcza	1 000 zł
Psycholog dla Ubezpieczonego *zwrot kosztów pomocy psychologicznej udzielonej Ubezpieczonemu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem*	300 zł
Koszty korepetycji *Świadczenie wypłacane jest jeśli Ubezpieczony nie mógł pobierać nauki w szkole przez okres co najmniej 7 dni*	700 zł
Koszty poszukiwania dziecka *zwrot kosztów poszukiwanie ubezpieczonego dziecka w przypadku jego zaginięcia – koszty wynajęcia detektywa, umieszczenia informacji w mediach, wydruku ulotek*	8 000 zł
Składka Uczeń	**Wysokość składki**
NNW – za 1 osobę	80 zł
Składka Rodzeństwo	**Wysokość składki**
NNW – za 1 osobę	56 zł

Zakres ubezpieczenia – placówka i personel	Wariant 1
OC nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego	100 000 zł
OC dyrektora placówki oświatowej	100 000 zł
Składka nauczyciel/wychowawca/dyrektor	**Wysokość składki**
OC nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego – za 1 osobę	4 zł
OC dyrektora placówki oświatowej – za 1 osobę	55 zł

Polisa **Compensa Oświata**

Typ polisy: **185** Numer: **1110851**
Numer programu: SP58274189/6

SKŁADKA OGÓŁEM

Wysokość składki: **10 355 zł** Składka płatna: **jednorazowo** Płatna do: **25-09-2026**

Metoda płatności: **Przelew/Składka zebrana od ubezpieczonych** Tytuł przelewu: **185/1110851**
Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group do płatności składek: **77124069577008800011108511**

POSTANOWIENIA DODATKOWE

Brak

OŚWIADCZENIA

1. 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 Compensa Oświata zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group (zwana dalej COMPENSA) Uchwałą nr 06/04/2026 z dnia 09.04.2026 roku wraz z ustandaryzowanym dokumentem produktu. Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję treść ww. Ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Oświata 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 COMPENSIE w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą i stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Zobowiązuje się do zapoznania Ubezpieczonych z treścią ww. Ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Oświata.
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 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.

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO – DOBROWOLNE

1. **Marketing po zakończeniu Umowy oraz automatyczne podejmowanie decyzji przez COMPENSĘ**
Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie, w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości, były przetwarzane przez COMPENSĘ, we własnych celach marketingowych, jak również aby COMPENSA podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia.
☒ TAK ☒ NIE
2. **Na automatyczne podejmowanie decyzji w ramach marketingu bezpośredniego produktów własnych przez COMPENSĘ**
Wyrażam zgodę, aby COMPENSA podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych takich jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości, we własnych celach marketingowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.
☒ TAK ☒ NIE
3. **Na informację handlowo-marketingową drogą elektroniczną**
Wyrażam zgodę na otrzymywanie od COMPENSY oraz Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa) zwane dalej VIENNA LIFE 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
4. **Na informację handlowo-marketingową drogą telekomunikacyjną**
Wyrażam zgodę na otrzymywanie od COMPENSY oraz VIENNA LIFE 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
5. **Na automatyczne podejmowanie decyzji oraz cross-selling pomiędzy COMPENSĄ oraz VIENNA LIFE**
Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez COMPENSĘ do VIENNA LIFE, oraz na ich przetwarzanie przez VIENNA LIFE, jak również aby VIENNA LIFE podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.
☒ TAK ☒ NIE

Polisa **Compensa Oświata**

Typ polisy: **185** Numer: **1110851**
Numer programu: SP58274189/6

POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Wyrażam zgodę na przekazanie Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych przetwarzanych przez innych ubezpieczycieli w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości oraz informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
2. Wyrażam zgodę na przekazywanie Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości, informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej), które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. W powyższym zakresie zwalniam lekarzy sprawujących nade mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group dokumentacji mojego leczenia.
3. Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group informacji od Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
4. Zapoznałam/em się z procedurą składania i rozpatrywania reklamacji, która została zawarta w OWU.
5. Informacje podane podczas zawierania umowy ubezpieczenia są prawdziwe i podane zostały zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Rozumiem, że podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji może spowodować skutki prawne określone w przepisach prawa, a także konsekwencje wynikające z OWU.
6. W razie zmiany okoliczności, o które Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group zapytywała przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zobowiązuję się zawiadomić o tych zmianach Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
7. Upoważniam Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group do sprawdzenia podanych przeze mnie danych dotyczących przebiegu ubezpieczenia w zakładach ubezpieczeń, z którymi wiązały mnie wcześniejsze umowy ubezpieczenia, w celu potwierdzenia ich zgodności ze stanem faktycznym.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO ZAWIERAJĄCEGO UMOWĘ UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK, NIEFINANSUJĄCEGO KOSZTU SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Oświadczam, że koszt składki ubezpieczeniowej będzie finansowany przez Ubezpieczonego. Przekazałam/em Ubezpieczonemu warunki ubezpieczenia, w szczególności informacje o postanowieniach określających przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń, a także ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia, tj. informacje, o których mowa w art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO BĘDĄCEGO PRZEDSTAWICIELEM UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że zostałem umocowana/y przez Ubezpieczonego do złożenia oświadczeń zawartych w niniejszym dokumencie. Treść przekazanych przeze mnie informacji jest zgodna z informacjami uzyskanymi od ubezpieczonego bądź stanem faktycznym lub prawnym ustalonym przeze mnie z najwyższą starannością. Zakres zgód wyrażonych w imieniu Ubezpieczonego został z nim ustalony

DATA, GODZINA, MIEJSCE WYSTAWIENIA POLISY

2026-06-15, 11:19, PRASZKA

Franka
Dorota Smyrd

Miejscowość, data, czytelny podpis Ubezpieczającego

POŚREDNICTWO FINANSOWO-UBEZPIECZENIOWE
Jan Pieczaba
46-320 Praszka, ul. Piłsudskiego 18
tel. 34/35 88 819, 664 112 028
NIP 576-104-68-63

Pieczęć przedstawiciela Compensy

Z upoważnienia Ag 62332
Elżbieta Pieczaba
tel. 34/35 88 819, 664 112 028

Czytelny podpis przedstawiciela
JAN PIECZABA (11234248/P)