

Typ polisy: 185
numer: 1014941



Zgłoszenie szkody: Zgłoszenie szkody: zgłoszenie.compensa.pl | +48 22 501 61 00
CENTRUM ALARMOWE +48 22 501 33 33

OKRES UBEZPIECZENIA

Od 2025-09-01 r. godz. 00:00 do 2026-08-31 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)

DANE PLACÓWKI/PODMIOTU

Nazwa: SZKOŁA PODSTAWOWA IM. ORŁA BIAŁEGO W BIERNEJ
REGON: 000711095
Adres korespondencyjny: BIERNA 57, 59-970 ZAWIDÓW

UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy: SZKOŁA PODSTAWOWA IM. ORŁA BIAŁEGO W BIERNEJ
REGON: 000711095
Adres korespondencyjny: ZAWIDÓW 57, 59-970

LICZBA UBEZPIECZONYCH

Liczba uczniów przystępujących do NW - 100
Liczba nauczycieli przystępujących do OC - 13
Liczba dyrektorów przystępujących do OC - 1
Osoby ubezpieczone – zgodnie z załączoną listą

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież	Wariant 1
Uszkodzenie ciała w następstwie NW oraz pomoc powypadkowa	15 000 zł
również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia	
Uszczerbki do 25% - wypłata za 1% uszczerbku	150 zł
Uszczerbki powyżej 25% - wypłata 2% SU za 1% uszczerbku	300 zł
Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę	5% wypłaconego świadczenia z tytułu NW
Śmierć w następstwie NW	33 000 zł
również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia	
Śmierć w środku lokomocji – w następstwie NW, w tym również w wypadku komunikacyjnym	15 000 zł
Śmierć na terenie placówki oświatowej – w następstwie NW	30 000 zł
Psycholog dla rodziny w razie śmierci Ubezpieczonego	300 zł
zwrot kosztów pomocy psychologicznej dla opiekuna prawnego, małżonka, partnera, dzieci lub rodzeństwa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego	
Śmierć opiekuna prawnego – w następstwie NW	10 000 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
Dziecko w sieci	TAK
pomoc informatyczna na wypadek problemów związanych z użytkowaniem komputera i Internetu, pomoc psychologiczno-prawna na wypadek hejtu w sieci	
Koszty leczenia w następstwie NW	6 000 zł
zwrot kosztów m.in. wizyt lekarskich po nieszczęśliwym wypadku, badań, operacji, leków przepisanych w ramach leczenia	500 zł za 1 zab max. 2 000 zł
Zwrot kosztów odbudowy zębów	
Koszty rehabilitacji w następstwie NW	7 500 zł
zwrot kosztów konsultacji z rehabilitantem i zabiegów rehabilitacyjnych	
Koszty środków pomocniczych i ortopedycznych	6 000 zł
zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków pomocniczych i ortopedycznych m.in.: protezy, ortezy, gorsety i kule, balkoniki, wózki inwalidzkie;	
sprzęt medyczny: okulary korekcyjne, aparaty słuchowe, aparaty ortodontyczne, pompy insulinowe	600 zł
Koszty operacji plastycznych w następstwie NW	10 000 zł
zwrot kosztów operacji mającej na celu zmniejszenie oszpeceń i okaleczeń powierzchni ciała	
Pobyt w szpitalu w następstwie NW	30 zł za 1 dzień max. 3 000 zł
za każdy dzień pobytu - od 1. dnia	



Typ polisy: 185
numer: 1014941

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 zostałam 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

2025-09-04, 12:13, WROCŁAW

Bienna 04.09.2025

D Y R E K T O R
Szkoły Podstawowej
im. Orła Białego w Biernej

Miejscowość, data, czytelny podpis
Ubezpieczającego

Pieczęć przedstawiciela Compensy

Czytelny podpis przedstawiciela
ŚLIWKA MAŁGORZATA ()

SZKOŁA PODSTAWOWA
im. Orła Białego w Biernej
Bienna 57, 59-970 Zawidów
NIP 615-18-75-627. REGON 000711095
tel. (75) 77 76 108

Typ polisy: 185
numer: 1014941

Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież	Wariant 1
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	1 500 zł
Pobyt w szpitalu w następstwie choroby za każdy dzień pobytu - od 2. dnia świadczenie za pobyt w szpitalu psychiatrycznym lub na oddziale szpitalnym psychiatrycznym trwający nieprzerwanie 30 dni	30 zł za 1 dzień max. 900 zł 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	5 000 zł
Nieszczęśliwy wypadek bez uszczerbku na zdrowiu jednorazowe świadczenie wypłacane gdy nieszczęśliwy wypadek nie spowodował uszczerbku na zdrowiu lub jednorazowe świadczenie z tytułu zadośćuczynienia za ból odczuwany po NW z pobytem w szpitalu co najmniej 24h	150 zł 100 zł
Niezdolność do pracy lub nauki w następstwie NW wypłacane jest pod warunkiem, że niezdolność do pracy lub nauki trwa nieprzerwanie 30 dni	20 zł za 1 dzień max. 1 800 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 zachorowanie na boreliozę lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych w wyniku ugryzienia przez kleszcza	200 zł 1 000 zł
Psycholog dla Ubezpieczonego zwrot kosztów pomocy psychologicznej udzielonej Ubezpieczonemu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem	500 zł
Koszty poszukiwania dziecka zwrot kosztów poszukiwania ubezpieczonego dziecka w przypadku jego zaginięcia – koszty wynajęcia detektywa, umieszczenia informacji w mediach, wydruku ulotek	5 000 zł
Składka	Wysokość składki
Składka NW za 1 osobę	50 zł

Zakres ubezpieczenia – placówka i personel	Wariant 1
OC nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego	20 000 zł
OC dyrektora placówki oświatowej	50 000 zł
Składka	Wysokość składki
Składka OC nauczyciel, wychowawca lub inny pracownik pedagogiczny - za 1 osobę	1 zł
Składka OC dyrektor – za 1 osobę	23 zł

Składka łączna do zapłaty	5 036 zł
----------------------------------	-----------------

SKŁADKA OGÓŁEM

Wysokość składki: 5 036 zł

Składka płatna: jednorazowo

Płatna do: 31-10-2025

Metoda płatności: Przelew

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group do płatności składek: 48124069577008800010149412

Tytuł przelewu: 185/1014941

POSTANOWIENIA DODATKOWE

- Compensa wypłaci dodatkowe świadczenie w wysokości 1% SU wskazanej na uszkodzenie ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej, do której uczęszcza dziecko (Ubezpieczony) oraz podczas wycieczki lub wyjazdu w ramach zajęć organizowanych przez tę placówkę.
- Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie choroby wypłacane jest od 1. dnia pobytu w szpitalu.

OŚWIADCZENIA

- 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 zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa) zwane dalej COMPENSA nr 2/04/2025 z dnia 03.04.2025 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.

☒ TAK ☐ NIE

- Zobowiązuje się do zapoznania Ubezpieczonych z treścią ww. Ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Oświata.

☒ TAK ☐ NIE

- 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.

Typ polisy: 185
numer: 1014941

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.

☒ TAK ☐ NIE

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO – DOBROWOLNE

1. Marketing po zakończeniu Umowy oraz automatyczne podejmowanie decyzji przez COMPENSE

Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, 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 COMPENSE, we własnych celach marketingowych, jak również aby COMPENSE 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 COMPENSE

Wyrażam zgodę, aby COMPENSE 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, płeć, 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, płeć, 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 COMPENSE 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

POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

- 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.
- 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 nadę mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group dokumentacji mojego leczenia.
- 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.
- Zapoznałem/em się z procedurą składania i rozpatrywania reklamacji, która została zawarta w OWU.
- 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.
- 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.
- 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.