



Typ polisy: 185 Numer: 1113622

Numer programu: SP57376016/3

Zgłoszenie szkody: zgłoszenie.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: 10

DANE PLACÓWKI/PODMIOTU

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

NAZWA PROGRAMU

SZKOŁA PODSTAWOWA IM. ORŁA BIAŁEGO W BIERNEJ

UBEZPIECZAJĄCY

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

UBEZPIECZENI

Dzieci, młodzież - w zakresie NW, OC

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 uszczerbki do 25% - wypłata za 1% uszczerbku uszczerbki powyżej 25% - wypłata 2% SU za 1% uszczerbku uszkodzenie ciała w następstwie NW, na terenie placówki oświatowej do której uczęszcza Ubezpieczony, podczas wycieczki lub wyjścia w ramach zajęć organizowanych przez tę placówkę zadośćuczynienie za doznaną krzywdę	15 000 zł 150 zł 300 zł dodatkowy 1% sumy NW 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 świadczenie z tytułu pogrzebu Ubezpieczonego	30 000 zł 2000 zł
Śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego łącznie świadczenie do wypłaty (Śmierć w następstwie NW + Śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego)	15 000 zł 45 000 zł
Śmierć na terenie placówki oświatowej – w następstwie NW łącznie świadczenie do wypłaty (Śmierć w następstwie NW + Śmierć na terenie placówki oświatowej)	30 000 zł 60 000 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	300 zł
Śmierć opiekuna prawnego – w następstwie NW (śmierć obojga opiekunów prawnych jednocześnie w tym samym NW – dwukrotność SU wskazanej na śmierć opiekuna prawnego) zwrot kosztów czesnego szkoły, studiów, kursów lub szkolenia Ubezpieczonego po śmierci jego opiekuna prawnego	1 000 zł 1 000 zł
Koszty pogrzebu opiekuna prawnego – w następstwie NW	1 000 zł
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	2 500 zł



Typ polisy: 185 Numer: 1113622
Numer programu: SP57376016/3

Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież	Wariant 1
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	7 500 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;	6 000 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	10 000 zł
Pobyt w szpitalu w następstwie NW za każdy dzień pobytu - od 1. dnia	30 zł za 1 dzień max. 3 000 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	1 500 zł
Pobyt w szpitalu w następstwie choroby za każdy dzień pobytu - od 1. dnia	30 zł za 1 dzień max. 900 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	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
OC w życiu prywatnym i podczas odbywania praktyki lub stażu zawodowego	20 000 zł
Składka Uczeń	Wysokość składki
NNW – za 1 osobę	50 zł
OC w życiu prywatnym i podczas odbywania praktyki lub stażu zawodowego – za 1 osobę	8 zł
Składka Rodzeństwo	Wysokość składki
NNW – za 1 osobę	35 zł
OC w życiu prywatnym i podczas odbywania praktyki lub stażu zawodowego – za 1 osobę	8 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	3 zł
OC dyrektora placówki oświatowej – za 1 osobę	52 zł

PLATNOŚĆ

Platna do: 01-11-2026

Platność: jednorazowa

Metoda płatności: Przelew

Tytuł przelewu: 185/1113622

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group do płatności składek: 57124069577008800011136225

POSTANOWIENIA DODATKOWE

Brak



Typ polisy: 185 Numer: 1113622

Numer programu: SP57376016/3

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

- 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, 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 COMPENSE, 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
- Na automatyczne podejmowanie decyzji w ramach marketingu bezpośredniego produktów własnych przez COMPENSE**
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
- 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
- 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
- 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 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



Typ polisy: **185** Numer: **1113622**
Numer programu: SP57376016/3

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 zwalnię 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, zobowiązuje 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.

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

Oświadczam, że koszt składki ubezpieczeniowej będzie finansowany przez Ubezpieczonego. Przekazałem/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 BĄDĄCEGO PRZEDSTAWICIELEM UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że zostałem umocowany/a 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

2026-07-31, 08:52, WROCŁAW

D Y R E K T O R
Szkoły Podstawowej
Im. Orła Białego w Blernej

mgr Dariusz Kołodziejczyk
Blerna 01.09.2026r.

Miejscowość, data, czytelny podpis
Ubezpieczającego

Dariusz Kołodziejczyk

Pieczęć przedstawiciela Compensy

Małgorzata Śliwka

Specialista ds. Sprzedaży
Czytelny podpis przedstawiciela
ŚLIWKA MAŁGORZATA ()