

Wniosek-polisa Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu w placówkach oświatowych „Oświata”

Gothaer

Seria Nr



nr konta
96124069604539162301139274

Seria i numer

INFOLINIA I ZGŁOSZENIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69

Agent: 011050

Gothaer Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu w placówkach oświatowych „Oświata” zatwierdzonych uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. nr 67/17 z dnia 11 kwietnia 2017r. zgodnie z wnioskiem z dnia 2017-09-25.

Rodzaj umowy

Umowa nowa Umowa kontynuowana

Okres Ubezpieczenia

od **2017-09-01** do **2018-08-31** 24:00

Forma ubezpieczenia Ubezpieczeni

Grupowa, bezimienna
Uczniowie i personel placówki oświatowej w liczbie

Ubezpieczający:

ZESPÓŁ SZKÓŁ OGÓLNOKSZTAŁCĄCYCH

Nazwa

UL. ŻWIROWA

Adres stałego zamieszkania

16

Nr domu

Nr lokalu

BRWINÓW

Miejscowość

05-840

Kod pocztowy

MAZOWIECKIE

Województwo

PRUSZKOWSKI

Powiat

015240066

Nr REGON

Ubezpieczony

ZESPÓŁ SZKÓŁ OGÓLNOKSZTAŁCĄCYCH

Nazwa

UL. ŻWIROWA

Adres stałego zamieszkania

16

Nr domu

Nr lokalu

BRWINÓW

Miejscowość

05-840

Kod pocztowy

MAZOWIECKIE

Województwo

PRUSZKOWSKI

Powiat

015240066

Nr REGON

Zakres ubezpieczenia

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży oraz personelu w placówkach oświatowo-wychowawczych (NNW)	10 000 zł

Zakres podstawowy ubezpieczenia NNW obejmuje następujące świadczenia

- świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu – 1% sumy ubezpieczenia za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu
- świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego – 100% sumy ubezpieczenia; dodatkowo 100% sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci na terenie placówki oświatowej
- zwrot udokumentowanych kosztów nabycia środków pomocniczych do wysokości 20% sumy ubezpieczenia
- zasiłek z tytułu niezdolności do nauki lub pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, w wysokości 2% sumy ubezpieczenia
- świadczenie z tytułu korepetycji: 100 zł za każde 7 dni szkolnych nieobecności w placówce oświatowej (płatne maksymalnie za 35 dni szkolnych)
- zadośćuczynienie za doznaną krzywdę – jednorazowe świadczenie w wysokości 5% należnego świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku wypłacane ubezpieczonemu, który na skutek nieszczęśliwego wypadku doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości powyżej 50%
- jednorazowe świadczenie ryczałtowe z tytułu pogryzienia przez zwierzęta lub ukąszenia przez owady: 200 zł

Zakres dodatkowy	Suma ubezpieczenia/ suma gwarancyjna/ wysokość świadczenia
Klauzula 1 - Koszty leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku (KL)	Wariant rozszerzony – 30% SU NNW
Klauzula 4 - Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego (SK)	50% SU NNW

Klauzula 5 - Świadczenie z tytułu śmierci jednego lub obojga rodziców lub opiekunów prawnych ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (SR)	3000 zł
Klauzula 6 - Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania lub operacji chirurgicznej ubezpieczonego (PZ)	500 zł
Ubezpieczenie OC	Suma gwarancyjna
Klauzula 11 - Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego (OCN) liczba ubezpieczonych nauczycieli 50	100 000 zł
Klauzula 12 - Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej dyrektora placówki oświatowej (OCDO)	50 000 zł

Składka za ubezpieczenie NNW za jednego ubezpieczonego **38,00 zł**
Składka za ubezpieczenie OC
Składka do zapłaty po zniżkach i zwyczajach

Sposób płatności jednorazowo w ratach gotówka/karta płatność w dniu zawarcia ubezpieczenia

przelew **96 1240 6960 4539 1623 0113 9274** płatne do dnia **2017-10-30**
nr konta I rata II rata

Raty
Wysokość rat w zł
Termin płatności rat **2017-10-30**
Data Data

Potwierdzam odbiór składki I raty składki w kwocie
słownie złotych

Oświadczenie Ubezpieczającego Jestem świadomy/a wynikającego z art. 815 Kodeksu cywilnego obowiązku udzielenia informacji o okolicznościach, o które zostałem/am zapytany/a we wniosko-polisie. Oświadczam, że powyższe informacje podałem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Przyjmuję do wiadomości, że podanie niezgodnych z prawdą lub niepełnych informacji może spowodować skutki prawne wynikające z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których zawieram umowę ubezpieczenia. Potwierdzam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem/am i zapoznałem/am się z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia mających zastosowanie w umowie ubezpieczenia, której zawarcie potwierdzone jest niniejszą wniosko-polisą. Wyrażam zgodę na przekazanie i przetwarzanie przez Gothaer TU S.A. 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 niniejszej umowy ubezpieczenia i jego wysokości oraz informacji o przyczynie mojej śmierci. Wyrażam zgodę na przekazywanie i przetwarzanie przez Gothaer TU S.A., w którego imieniu występuje upoważniony lekarz, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia i jego wysokości oraz informacji o przyczynie mojej śmierci, które udzielił mi świadczeń zdrowotnych, a także przez Narodowy Fundusz Zdrowia (oświadczenie Ubezpieczającego, który jest jednocześnie Ubezpieczonym). Zwalniam lekarzy sprawujących nadę mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia i jego wysokości oraz informacji o przyczynie mojej śmierci i wyrażam zgodę na udostępnienie Gothaer TU S.A. dokumentacji z mojego leczenia (oświadczenie Ubezpieczającego, który jest jednocześnie Ubezpieczonym). Oświadczam, że osobom przystępującym do umowy ubezpieczenia zostały przekazane (a osobom przystępującym do umowy ubezpieczenia po jej zawarciu – zostaną przekazane) informacje, dotyczące ogólnych warunków ubezpieczenia, określających przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń, a także ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Gothaer TU S.A. 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. Wspomniane wyżej informacje zostały przekazane (a osobom przystępującym do umowy ubezpieczenia po jej zawarciu – zostaną przekazane) w formie uzgodnionej z osobą zainteresowaną. Nie wyrażam zgody na prowadzenie korespondencji drogą elektroniczną z Gothaer TU S.A. w ramach obsługi umowy, w tym związanej z likwidacją szkody. Nie wyrażam zgody na otrzymywanie od Gothaer TU S.A. informacji handlowych, w tym prowadzenie marketingu bezpośredniego usług Gothaer TU S.A., przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz automatycznych systemów wywołujących, drogą elektroniczną, w szczególności w postaci wiadomości email lub SMS/MMS. Nie wyrażam zgody na otrzymywanie od Gothaer TU S.A. informacji handlowych, w tym prowadzenie marketingu bezpośredniego usług Gothaer TU S.A., przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, w szczególności w toku rozmowy z konsultantem, oraz automatycznych systemów wywołujących. Wrazie złożenia reklamacji do Gothaer TU S.A., nie wyrażam zgody na dostarczanie mi odpowiedzi pocztą elektroniczną.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych Gothaer Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (02-675) przy ul. Wołoskiej 22A, jako administrator Pana/Pani danych, informuje, że Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z działalnością ubezpieczeniową prowadzoną przez Gothaer TU S.A., w tym w szczególności w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w celach archiwalnych oraz w celu marketingu bezpośredniego usług Gothaer TU S.A. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia, Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w celu jej wykonania, natomiast w razie odmowy udzielenia ochrony ubezpieczeniowej – w celach archiwalnych, w tym przewidzianych przepisami prawa oraz rachunkowości. Pana/Pani dane osobowe będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych przepisami prawa oraz reasekuratorom współpracującym z Gothaer TU S.A. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do ich treści oraz prawo poprawiania danych. Dodatkowo, jeżeli dane osobowe nie są zbierane od osoby, której dotyczą, osobie tej przysługuje w sytuacji, gdy przetwarzanie jej danych jest niezbędne do wykonania określonych prawem zadań realizowanych dla dobra publicznego albo dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów realizowanych przez Gothaer TU S.A. lub odbiorców danych, a przetwarzanie nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą, prawo do wniesienia 1) pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych ze względu na jej szczególną sytuację; 2) sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych, gdy Gothaer TU S.A. zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania jej danych osobowych innemu administratorowi danych.

Podanie danych w niniejszej wniosko-polisie jest dobrowolne, ale konieczne do zawarcia umowy ubezpieczenia.

DYREKTOR
Zespołu Szkół Ogólnokształcących
w Brylnowie
mgr Zofia Kowalczyk
Data, czytelny podpis ubezpieczającego
25.09.2017

Agencja Ubezpieczeniowa
Wizan II Anna Kłosek
05-822 Milanówek, ul. Królewska 105A
tel. 22 724 87 15, 502 375 182
www.wizan-energia@wizan.pl
Pieczęć firmowa przedstawiciela Gothaer TU S.A.

Anna Kłosek
WŁAŚCICIEL
Pieczęć imienna i podpis wystawiającego