

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

INB-027338

Seria i numer

INFOLINIA I ZGŁOSZENIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69

Seria INB  
Nr 027338

nr konta  
22 1240 6960 4538 0914 0202 7338



ORIGINAL

Gothaer

RCUD w Krakowie, Al. gen. Tadeusza Bora-Komorowskiego 25C, 31-476 Kraków, tel. 12 349 24 19-20, fax. 12 349 24 05, Agent:  
181445 OFWCA: 18144511130420

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 42/16 z dnia 5 kwietnia 2016r. zgodnie z wnioskiem z dnia 2016-08-31.

Rodzaj umowy  Umowa nowa  Umowa kontynuowana

Okres Ubezpieczenia od 2016-09-01 00:00 do 2017-08-31 24:00

Forma ubezpieczenia Grupowa, bezimienna

Ubezpieczeni Uczniowie i personel placówki oświatowej w liczbie 250

Ubezpieczający:

ZESPÓŁ SZKÓŁ I PLACÓWEK OSWIATOWYCH W SKALE

Nazwa

UL. KS. POŁETKA

Adres stałego zamieszkania

30

Nr domu

Nr lokalu

SKAŁA

Miejscowość

32-043

Kod pocztowy

356720017

Nr REGON

administracja@lo-skala.edu.pl

Adres e-mail

Ubezpieczony

ZESPÓŁ SZKÓŁ I PLACÓWEK OSWIATOWYCH W SKALE

Nazwa

UL. KS. POŁETKA

Adres stałego zamieszkania

30

Nr domu

Nr lokalu

SKAŁA

Miejscowość

32-043

Kod pocztowy

356720017

Nr REGON

administracja@lo-skala.edu.pl

Adres e-mail

Zakres ubezpieczenia

	Suma ubezpieczenia
Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)	10 000 zł

Zakres podstawowy ubezpieczenia NNW obejmuje następujące świadczenia

- 1) świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu – 1% sumy ubezpieczenia za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu
- 2) świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego – 100% sumy ubezpieczenia; dodatkowo 100% sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci na terenie placówki oświatowej
- 3) zwrot udokumentowanych kosztów nabycia środków pomocniczych do wysokości 20% sumy ubezpieczenia
- 4) zasiłek z tytułu niezdolności do nauki lub pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, w wysokości 2% sumy ubezpieczenia
- 5) świadczenie z tytułu korepetycji: 100 zł za każde 7 dni szkolnych nieobecności w placówce oświatowej (płatne maksymalnie za 35 dni szkolnych)
- 6) 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%
- 7) jednorazowe świadczenie ryczałtowe z tytułu pogryzienia przez zwierzęta lub ukąszenia przez owady: 200 zł

Zakres dodatkowy	Suma ubezpieczenia/ suma gwarancyjna/ wysokość świadczenia
Klauzula nr 1. Koszty leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku (KL)	Wariant standardowy – 10% SU NNW
Klauzula nr 2. Świadczenie szpitalne (SS)	20 zł za dzień, nie więcej niż 400 zł

Klauzula nr 3. Świadczenie progresywne (SP)	Do 30% SU NNW
Klauzula nr 9. Zadośćuczynienie za ból doznany wskutek nieszczęśliwego wypadku (ZB)	100 zł
Ubezpieczenie OC	Suma gwarancyjna
Klauzula nr 10. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej placówki oświatowej (OCPO)	10 000 zł
Klauzula nr 11. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego (OCN) liczba ubezpieczonych nauczycieli 38	10 000 zł
Klauzula nr 12. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej Dyrektora placówki oświatowej (OCDPO)	10 000 zł

Składka za ubezpieczenie NNW za jednego ubezpieczonego **42,00 zł**  
Składka za ubezpieczenie OC **3,00 zł**  
Składka do zapłaty po zniżkach i zwyżkach **10 083 zł**

**Sposób płatności**

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

przelew **22 1240 6960 4538 0914 0202 7338** płatne do dnia **2016-09-30**  
nr konta

Raty I rata II rata  
Wysokość rat w zł **10 083,00 zł**  
Termin płatności rat **2016-09-30**  
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, 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, 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.

Wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji drogą elektroniczną z Gothaer TU S.A. w ramach obsługi umowy, w tym związanej z likwidacją szkody.

Wyrażam zgodę 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.

Wyrażam zgodę 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.

W razie złożenia reklamacji do Gothaer TU S.A., wnoszę o dostarczenie mi odpowiedzi pocztą elektroniczną.

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

Gothaer Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (02-675) przy ul. Włocławskiej 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 ustawy o 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 uzasadnionych 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.

Informacja o procedurze składania i rozpatrywania reklamacji w Gothaer TU S.A.

1. Reklamację odnośnie usług świadczonych przez Gothaer TU S.A. można złożyć pisemnie (w jednostce Gothaer TU S.A.), elektronicznie (formularz na stronie www) lub ustnie (osobiście do protokołu lub telefonicznie).
2. Reklamację rozpatrujemy niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Jeżeli z uwagi na szczególnie skomplikowanie sprawy nie jest możliwe udzielenie odpowiedzi w ww. terminie, termin ten zostaje wydłużony do nie więcej niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Zgłaszającego reklamację informujemy o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz o przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
3. O sposobie rozpatrzenia reklamacji powiadamy w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, przy czym odpowiadamy na reklamację pocztą elektroniczną tylko na wniosek klienta.

**MOBILIS** POŚREDNICTWO  
UBEZPIECZENIOWO FINANSOWE  
Dariusz Romaniak  
32-043 SKAŁA SZCZODRKOWICE 171  
tel.(012) 389-08-31 fax. (012) 389-08-32  
Regon: 357224410 NIP: 514-057-00-32

DYREKTOR  
Zespołu Szkół i Placówek Oświatowych

31.08.2016 r. *K.Papisz*

Data, czytelny podpis ubezpieczającego  
*mgr Karol Papisz*

Pieczęć firmowa przedstawiciela Gothaer TU S.A.

Pieczęć imienna i podpis wystawiającego

ZESPÓŁ SZKÓŁ  
I PLACÓWEK OŚWIATOWYCH  
w Skale  
32-043 Skala, ul. Księdza St. Poletka 30  
tel./fax: 012 389 10 24  
NIP: 514-057-00-32 REG: 356720017