

POLISA

Ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Dzieci i Młodzieży Szkolnej PAKIET NOWA KLASA



SIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

POLISĘ PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM

Nr polisy Nr pośrednika/ Nr RAU OFWCA
Rodzaj ubezpieczenia: **nowe** **nowe zawarcie – kontynuacja** Nr poprzedniej polisy

1. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa/
Imię i Nazwisko
Adres -
mięscowość kod pocztowy ulica nr domu nr lokalu
NIP/ PESEL REGON

2. DANE PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

Nazwa
Siedziba -
mięscowość kod pocztowy ulica nr domu nr lokalu
NIP REGON
Typ Placówki Oświatowej

3. DANE OSÓB DO KONTAKTU

Imię Nazwisko
Nr telefonu e-mail
Imię Nazwisko
Nr telefonu e-mail

4. DANE O UBEZPIECZONYCH

NASTĘPSTWA NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Liczba ubezpieczonych uczniów w tym:
Liczba ubezpieczonych uczniów w trudnej sytuacji materialnej
(pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia minimum 80% uczniów danej Placówki Oświatowej)
Liczba ubezpieczonych uczniów ze zniżką
(drugie i kolejne dziecko)
Liczba ubezpieczonych pracowników Placówki Oświatowej
(pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia minimum 80% uczniów danej Placówki Oświatowej)

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

Liczba ubezpieczonych nauczycieli Placówki Oświatowej Liczba ubezpieczonych dyrektorów/ zastępców

5. OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia od do

6. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Forma ubezpieczenia: **imienna*** Czas ochrony ubezpieczeniowej: **pełny**
*forma imienna stosowana na rzecz osób wymienionych w imiennym wykazie stanowiącym załącznik do niniejszej polisy. Imienny wykaz musi zawierać: imię, nazwisko, oraz datę urodzenia lub PESEL Ubezpieczonego.

WARIANTY OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ NASTĘPSTWA NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

RODZAJ RYZYKA	SUMA UBEZPIECZENIA w PLN						
	WARIANT I <input type="checkbox"/>	WARIANT II <input type="checkbox"/>	WARIANT III <input type="checkbox"/>	WARIANT IV <input type="checkbox"/>	WARIANT V <input type="checkbox"/>	WARIANT VI <input type="checkbox"/>	WARIANT VII <input type="checkbox"/>
Trwały Uszczerbek Na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (za 100%)	W zależności od rodzaju uszkodzenia według Tabeli nr 1						
	24 000	30 000	40 000	50 000	90 000	120 000	200 000
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku Komunikacyjnego (wartość skumulowana)	24 000	30 000	40 000	50 000	90 000	130 000	200 000
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	12 000	15 000	20 000	25 000	45 000	65 000	100 000
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Choroby (za Dzień Pobytu)	40	50	50	50	60	80	100
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (za Dzień Pobytu)	40	50	50	50	60	80	100
Interwencja lekarska	100	150	200	200	400	600	600

RODZAJ RYZYKA	SUMA UBEZPIECZENIA w PLN						
	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III	WARIANT IV	WARIANT V	WARIANT VI	WARIANT VII
Złamanie kości, Zwichnięcie, Skręcenie Stawu Ubezpieczonego (maksymalna wysokość świadczenia)	w zależności od rodzaju uszkodzenia wg Tabel nr 3, 4 lub 5:						
	10 000	11 000	12 000	12 000	20 000	30 000	80 000
Refundacja kosztów leczenia oraz kosztów rehabilitacji	2 400	3 000	4 000	4 000	8 000	12 000	12 000
Refundacja kosztów naprawy lub nabycia Przedmiotów Ortopedycznych i Środków Pomocniczych	2 400	3 000	4 000	4 000	8 000	12 000	12 000
Refundacja kosztów odbudowy zębów stałych uszkodzonych lub utraconych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	700	700	800	800	1 000	1 500	1 500
Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500
Rany Ubezpieczonego	100	150	200	200	400	600	600
Pogryzienie bądź pokąsanie przez zwierzęta lub ukąszenie przez owady (maksymalna wysokość świadczenia)	w zależności od rodzaju uszkodzenia wg Tabeli nr 7:						
	600	750	1 000	1 000	2 000	3 000	3 000
Śmierć Rodzica lub Opiekuna Prawnego Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	1 200	1 500	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Oparzenie lub Odmrożenie Ubezpieczonego (maksymalna wysokość świadczenia)	w zależności od rodzaju uszkodzenia wg Tabel nr 6:						
	2 400	3 000	4 000	4 000	8 000	12 000	12 000
Wstrząśnienie Mózgu Ubezpieczonego (maksymalna wysokość świadczenia)	w zależności od rodzaju uszkodzenia wg Tabel nr 6:						
	600	750	1 000	1 000	2 000	3 000	5 000
Atak Padaczki Ubezpieczonego	120	150	200	200	400	600	1000
Nagle Zatrucie Gazami, substancjami i produktami chemicznymi, porażenia prądem lub piorunem	120	150	200	200	400	600	600
Assistance Szkolny	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

Rodzaj składki	Składka roczna w PLN za osobę						
Standardowa	33	42	49	55	89	131	239
Drugie i kolejne dziecko	25	32	37	42	67	99	180
Szkoły sportowe	42	53	62	69	112	164	299
Drugie i kolejne dziecko	33	42	49	55	89	131	239
Ilość osób bez niżki							
Ilość osób ze zniżką na drugie i kolejne dziecko							
Wysokość składki za całą grupę za cały okres ubezpieczenia w PLN							
Wysokość łącznej składki za całą grupę za cały okres ubezpieczenia w PLN							

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA PERSONELU PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

ZAKRES	Suma gwarancyjna	Składka za osobę	Ilość osób	Składka za grupę
Ubezpieczenie obejmuje odpowiedzialność cywilną pracowników placówek oświatowych za szkody wyrządzone uczniowi, wychowankowi, placówce oświatowej lub osobie trzeciej, a powstałe w następstwie uchybień w wykonywaniu czynności zawodowych lub w związku z posiadaniem z racji wykonywanego zawodu mieniem. Ubezpieczeniem objęta jest również odpowiedzialność cywilna w związku z możliwym regresem do nauczyciela jako pracownika jednostki oświatowej. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody powstałe w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych obejmujące swoim zakresem również działania profilaktyczne.	50 000 <input type="checkbox"/> 100 000 <input type="checkbox"/>			
Franszyza redukcyjna	200 PLN w odniesieniu do szkód rzeczowych			

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA DYREKTORA ORAZ ZASTĘPCY PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

ZAKRES	Suma gwarancyjna	Składka za osobę	Ilość osób	Składka za grupę
Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność dyrektora i/lub zastępcy dyrektora placówki oświatowej za wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia, skutkujące powstaniem szkody osobowej lub rzeczowej u osób trzecich z tytułu czynu niedozwolonego (OC delikt) lub z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (OC kontrakt), podczas wykonywania przez niego obowiązków służbowych, w granicach posiadanych przez niego kompetencji.	100 000 na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia			
Franszyza redukcyjna	200 PLN w odniesieniu do szkód rzeczowych			

PLATNOŚĆ SKŁADKI

Łączna składka do zapłaty w PLN	
Słownie	
Częstotliwość opłacania składki	Jednorazowa
Składka płatna do dnia	D D M M R R R R
Nr konta	
Na przelew prosimy powołać się na nr polisy	

7. OŚWIADCZENIA I ZGODY UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w tym dokumencie są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości, może odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa.
- Doręczone mi zostały:
 - Ogólne Warunki Ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Dzieci i Młodzieży Szkolnej przyjęte na mocy Uchwały nr 36/Z/2019 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z dnia 22 maja 2019 roku zmienione Aneks nr 1 przyjętym na mocy Uchwały nr 37/Z/2020 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z dnia 27 maja 2020 roku;
 - Ogólne Warunki Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej zatwierdzonymi Uchwałą Zarządu SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. nr 91/Z/2015 z dnia 28 grudnia 2015 roku;
 - Inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia ubezpieczenia;
 - Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Umowa ubezpieczenia, o której zawarciu wnoszę na podstawie niniejszego wniosku, jest wynikiem analizy moich wymagań i potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, przeprowadzonej na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, oraz że jest ona zgodna z tymi wymaganiami i potrzebami.
- Zostałem(am) poinformowany(a) o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne związane z proponowanym zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia.

Zgody marketingowe

1. Wyrażam zgodę na kontakt drogą elektroniczną, na podany adres e-mail w celu zawarcia umowy ubezpieczenia bądź objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz w celu przekazania dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia bądź objęcie ochroną ubezpieczeniową.

TAK / NIE

Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, w celach marketingowych.

TAK / NIE

2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt powyżej – od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:

wiadomości SMS/MMS

TAK / NIE

wiadomości e-mail

TAK / NIE

telefoniczny

TAK / NIE

8. PODPISY

miejsowość

data

podpis Ubezpieczającego

miejsowość

data

podpis wystawcy polisy – Przedstawiciela SIGNAL IDUNA