

Typ polisy: 185
numer: 1001699



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 NR 5 IM. I ARMII WOJSKA POLSKIEGO W KONSTANTYNOWIE ŁÓDZKIM
REGON: 470780991
Adres korespondencyjny: UL. SADOWA 5/7, 95-050 KONSTANTYNÓW ŁÓDZKI

UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy: SZKOŁA PODSTAWOWA NR 5 IM. I ARMII WOJSKA POLSKIEGO W KONSTANTYNOWIE ŁÓDZKIM
REGON: 470780991
Adres korespondencyjny: UL. SADOWA 5/7, 95-050 KONSTANTYNÓW ŁÓDZKI

LICZBA UBEZPIECZONYCH

Liczba uczniów przystępujących do NW - 230
Liczba uczniów w przypadku drugiego i kolejnego dziecka (-50%) - TAK
Liczba uczniów zwolnionych z opłacania składek - TAK
Liczba nauczycieli przystępujących do OC - 55
Osoby ubezpieczone – zgodnie z załączoną listą

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież	Wariant 1
Uszkodzenie ciała w następstwie NW oraz pomoc powypadkowa <i>również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia</i> Uszczerbki do 25% - wypłata za 1% uszczerbku Uszczerbki powyżej 25% - wypłata 2% SU za 1% uszczerbku Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę	36 000 zł 360 zł 720 zł 5% wypłaconego świadczenia z tytułu NW
Śmierć w następstwie NW <i>również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia</i>	36 000 zł
Śmierć w środku lokomocji – w następstwie NW, w tym również w wypadku komunikacyjnym	36 000 zł
Śmierć na terenie placówki oświatowej – w następstwie NW	72 000 zł
Śmierć opiekuna prawnego – w następstwie NW <i>zwrot kosztów czesnego szkoły, studiów, kursów lub szkolenia Ubezpieczonego po śmierci jego opiekuna prawnego</i>	5 000 zł 1 000 zł
Dziecko w sieci <i>pomoc informatyczna na wypadek problemów związanych z użytkowaniem komputera i Internetu, pomoc psychologiczno-prawna na wypadek hejtu w sieci</i>	TAK
Koszty leczenia w następstwie NW <i>zwrot kosztów m.in. wizyt lekarskich po nieszczęśliwym wypadku, badań, operacji, leków przepisanych w ramach leczenia</i> Zwrot kosztów odbudowy zębów	4 000 zł 500 zł za 1 ząb max. 2 000 zł
Koszty rehabilitacji w następstwie NW <i>zwrot kosztów konsultacji z rehabilitantem i zabiegów rehabilitacyjnych</i>	4 000 zł
Koszty środków pomocniczych i ortopedycznych <i>zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków pomocniczych i ortopedycznych m.in.: protezy, ortezy, gorsety i kule, balkoniki, wózki inwalidzkie;</i> <i>sprzęt medyczny: okulary korekcyjne, aparaty słuchowe, aparaty ortodontyczne, pompy insulinowe</i>	6 000 zł 600 zł
Koszty operacji plastycznych w następstwie NW <i>zwrot kosztów operacji mającej na celu zmniejszenie oszpeceń i okaleczeń powierzchni ciała</i>	10 000 zł
Pobyt w szpitalu w następstwie NW <i>za każdy dzień pobytu - od 1. dnia</i> <i>zwrot kosztów zakwaterowania opiekuna prawnego wskutek hospitalizacji dziecka</i>	100 zł za 1 dzień max. 10 000 zł 100 zł za 1 dzień max. 1 000 zł



Typ polisy: 185
numer: 1001699

Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież	Wariant 1
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	2 000 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	300 zł 100 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	400 zł 1 000 zł
Koszty wycieczki szkolnej zwrot kosztów wycieczki jeżeli Ubezpieczony nie może na nią pojechać wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby	500 zł
Składka	Wysokość składki
Składka NW za 1 osobę	70 zł

Zakres ubezpieczenia – placówka i personel	Wariant 1
OC nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego	100 000 zł
Składka	Wysokość składki
Składka OC nauczyciel, wychowawca lub inny pracownik pedagogiczny - za 1 osobę	3 zł
Składka łączna do zapłaty	16 161 zł

SKŁADKA OGÓŁEM

Wysokość składki: 16 161 zł Składka płatna: jednorazowo Płatna do: 31-10-2025

Metoda płatności: Składka zebrana od Ubezpieczonych
Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group do płatności składek: 54124069577008800010016996
Tytuł przelewu: 185/1001699

POSTANOWIENIA DODATKOWE

1. 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 wyjścia w ramach zajęć organizowanych przez tę placówkę.

OŚWIADCZENIA

1. 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
2. Zobowiązuje się do zapoznania Ubezpieczonych z treścią ww. Ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Oświata.

☒ TAK ☐ NIE
3. 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.

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, 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



Typ polisy: **185**
numer: **1001699**

2. Na automatyczne podejmowanie decyzji w ramach marketingu bezpośredniego produktów własnych przez COMPENSĘ

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

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, 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 COMPENSĘ 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 zwaliam 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.
- Zapoznałam/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.

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 BĄDĄCEGO 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



Typ polisy: **185**
numer: **1001699**

DATA, GODZINA, MIEJSCE WYSTAWIENIA POLISY

2025-07-30, 11:58, Łódź

Miejscowość, data, czytelny podpis
Ubezpieczającego

Pieczęć przedstawiciela Compensy

Czytelny podpis przedstawiciela
ROMAN JĘDRZEJAK (11164321/P)