

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



UWAGA: Zakreślone pole oznacza miejsce na naklejenie hologramu. Polisa jest ważna jedynie z naklejonym hologramem!

INB-012491

Seria i numer

INFOLINIA I ZGŁOSZENIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69

RCUD w Katowicach, ul. Ściegiennego 3, 40-114 Katowice, tel. 32 781 55 89-96, fax. 32 781 55 89, Agent: **177099**

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 34/15 z dnia 14 kwietnia 2015r. zgodnie z wnioskiem z dnia **2015-09-14**.

Rodzaj umowy Umowa nowa Umowa kontynuowana
Okres Ubezpieczenia od **2015-10-01 00:00** do **2016-09-30 24:00**
Forma ubezpieczenia Grupowa, imienna - lista osób na osobnym załączniku
Ubezpieczeni **Uczniowie i personel placówki oświatowej w liczbie 417**

Ubezpieczający

SZKOŁA PODSTAWOWA IM. MICHAŁA OKURZAŁEGO W ZAGÓROWIE

Nazwa

PL. PLAC SZKOLNY

Adres stałego zamieszkania

1

Nr domu

Nr lokalu

ZAGÓRÓW

Miejscowość

62-410

Kod pocztowy

000566227

Nr REGON

Zakres ubezpieczenia

	Suma ubezpieczenia
Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)	15 000 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 4. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego (SK)	50% SU NNW
Klauzula nr 5. Świadczenie z tytułu śmierci jednego lub obojga rodziców lub opiekunów prawnych Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (SR)	1500 zł
Klauzula nr 6. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania lub operacji chirurgicznej ubezpieczonego (PZ)	500 zł
Klauzula nr 7. Świadczenie z tytułu śmierci w wyniku choroby nowotworowej złośliwej (SN)	50% SU NNW
Klauzula nr 8. Świadczenie z tytułu pokrycia kosztów pogrzebu ubezpieczonego (KP)	1500 zł
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 48	50 000 zł

Składka za ubezpieczenie NNW za jednego ubezpieczonego**35,00 zł****Składka za ubezpieczenie OC****8,00 zł****Składka do zapłaty po zniżkach i zwyczajach****13 133 zł****Sposób
płatności**Sposób płatności jednorazowo wratach gotówka/karta płatność w dniu zawarcia ubezpieczenia przelew **87 1240 6960 4538 0914 0201 2491** płatne do dnia **2015-10-10**
nr konta

Raty

I rata

II rata

Wysokość rat w zł

13 133,00 zł

Termin płatności rat

2015-10-10

Data

Data

 Potwierdzam odbiór składki I raty składki w kwocie

słownie

Oświadczenie Jestem świadomy/a wynikającego z art. 815 Kodeksu cywilnego obowiązku udzielenia informacji o okolicznościach, o które zostałem/am zapytany/a we wniosko-polisie.**Ubezpieczającego** 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 Nie wyrażam zgody na otrzymywanie informacji handlowych drogą elektroniczną na podany przeze mnie adres e-mail oraz numer telefonu, zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną. Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody na udostępnianie moich danych osobowych podanych przeze mnie w treści niniejszej wniosko-polisy, z wyłączeniem informacji o stanie zdrowia i nałogach, do celów marketingowych przez podmioty współpracujące z Gothaer TU S.A.

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.

Zwalniam lekarzy sprawujących nade 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.

**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 ustawy o rachunkowości. Pana/Pani dane osobowe będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych przepisami prawa.

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.

.....
Data, czytelny podpis ubezpieczającego.....
Pieczęć firmowa przedstawiciela Gothaer TU S.A......
Pieczęć imienna i podpis wystawiającego polisę