

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

INB-020660

Seria i numer



Gothaer

INFOLINIA I ZGŁOSZENIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69

RCUD w Krakowie, Al. gen. Tadeusza Bora-Komorowskiego 25C, 31-476 Kraków, tel. 12 349 24 19-20, fax. 12 349 24 05, Agent: **184144**

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 **2015-08-31**.

Rodzaj umowy Umowa nowa Umowa kontynuowana
Okres Ubezpieczenia od **2015-09-01 00:00** do **2016-08-31** 24:00
Forma ubezpieczenia Grupowa, bezimienna
Ubezpieczeni **Uczniowie i personel placówki oświatowej w liczbie 358**

Ubezpieczający

ZESPÓŁ SZKÓŁ POLITECHNIKI ŁÓDZKIEJ

Nazwa

UL. RÓŻYCKIEGO

Adres stałego zamieszkania

5

Nr domu

Nr lokalu

ŁÓDŹ

Miejscowość

93-586

Kod pocztowy

101631461

Nr REGON

42 631 20 86

Telefon kontaktowy

Zakres ubezpieczenia

	Suma ubezpieczenia
Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)	9 000 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 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

Ubezpieczenie OC	Suma gwarancyjna
Klauzula nr 10. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej placówki oświatowej (OCPO)	100 000 zł
Klauzula nr 11. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego (OCN) liczba ubezpieczonych nauczycieli 34	5 000 zł

Składka za ubezpieczenie NNW za jednego ubezpieczonego
Składka za ubezpieczenie OC
Składka do zapłaty po zniżkach i zwyżkach

40,00 zł

214,00 zł

13 234 zł

Sposób płatności

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

przelew **05 1240 6960 4538 0914 0202 0660** płatne do dnia **2015-10-31**
nr konta

Raty I rata II rata

Wysokość rat w zł **13 234,00 zł**

Termin płatności rat **2015-10-31**

Data Data

Potwierdzam odbiór składki I raty składki w kwocie

słownie

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 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 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.

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 przysługują 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
Politechniki Łódzkiej**

mgr Tomasz P. Kozera

Data, czytelny podpis ubezpieczającego

**Biurow Usług Finansowo Ubezpieczeniowych
DAMO Sp. z o.o.**

Agent Ubezpieczeniowy

Pieczęć firmowa przedstawiciela Gothaer TU S.A.

AGENT UBEZPIECZENIOWY
Przemysław Wroblewski
PRZEMYSŁAW WROBLEWSKI
Pieczęć firmowa i podpis wystawiającego polise
TEL. 695 582 812

**ZESPÓŁ SZKÓŁ
Politechniki Łódzkiej**
ul. Różyckiego 5, 93-586 Łódź
NIP: 1050001982, REGON: 101631461

Spółka GOTHAER TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ S.A.
ul. Wołoska 22A, 02-675 Warszawa; tel.: 22 469 69 69,
fax: 22 469 69 70; e-mail: kontakt@gothaer.pl, www.gothaer.pl

Sąd rejonowy dla m.st. Warszawy Wydział XIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 00000 33882; Kapitał zakładowy: 90 973 538 zł wpłacony w całości;
NIP: 524-030-23-93; REGON: 010594552

Wersja 2015.08.07 201508311421 0201508311248

Wniosek-polisa nr **INB-020660**

Strona 2 z 2