Polisa **Compensa Oświata**

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

Typ polisy: **185** Numer: **1206536**
Numer programu: SP62036007/2

Zgłoszenie szkody: **zgłoszenie.compensa.pl | +48 22 501 61 00**
CENTRUM ALARMOWE w celu skorzystania z usług Assistance +48 22 501 33 33

OKRES UBEZPIECZENIA

Od **2026-09-01** r. godz. 00:00 do **2027-08-31** 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)
Liczba osób w placówce/w podmiocie: 50

DANE PLACÓWKI/PODMIOTU

Nazwa: **SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1 IM. BOLESŁAWA PRUSA W HRUBIESZOWIE**
REGON: **000595298**
Adres korespondencyjny: **UL. LISTOPADOWA 12, 22-500 HRUBIESZÓW**

NAZWA PROGRAMU

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1 IM. BOLESŁAWA PRUSA W HRUBIESZOWIE

UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy: **SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1 IM. BOLESŁAWA PRUSA W HRUBIESZOWIE**
REGON: **000595298**
Adres korespondencyjny: **UL. LISTOPADOWA 12, 22-500 HRUBIESZÓW**

UBEZPIECZENI

Dzieci, młodzież - w zakresie NW

Nauczyciele – w zakresie OC

Dyrektor – w zakresie OC

Osoby ubezpieczone – zgodnie z załączoną listą

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież	Wariant 2
Uszkodzenie ciała w następstwie NW oraz pomoc powypadkowa *również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia*	35 000 zł
uszczerbki do 25% - wypłata za 1% uszczerbku	350 zł
uszczerbki powyżej 25% - wypłata 2% SU za 1% uszczerbku	700 zł
uszkodzenie ciała w następstwie NW, na terenie placówki oświatowej do której uczęszcza Ubezpieczony, podczas wycieczki lub wyjścia w ramach zajęć organizowanych przez tę placówkę	dodatkowy 1% sumy NW
zadośćuczynienie za doznaną krzywdę	5% wypłaconego świadczenia z tytułu NW
świadczenie z tytułu utraty lub uszkodzenia mienia osobistego Ubezpieczonego wskutek rozboju lub bójki na terenie placówki oświatowej	300 zł
Śmierć w następstwie NW *również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia*	35 000 zł
świadczenie z tytułu pogrzebu Ubezpieczonego	2000 zł
Śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego	35 000 zł
łączne świadczenie do wypłaty (Śmierć w następstwie NW + Śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego)	70 000 zł
Śmierć na terenie placówki oświatowej – *w następstwie NW*	70 000 zł
łączne świadczenie do wypłaty (Śmierć w następstwie NW + Śmierć na terenie placówki oświatowej)	105 000 zł
Śmierć w następstwie choroby nowotworowej złośliwej Ubezpieczonego	13 500 zł
Psycholog dla rodziny w razie śmierci Ubezpieczonego *zwrot kosztów pomocy psychologicznej dla opiekuna prawnego, małżonka, partnera, dzieci lub rodzeństwa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego*	500 zł
Śmierć opiekuna prawnego – *w następstwie NW* *(śmierć obojga opiekunów prawnych jednocześnie w tym samym NW – dwukrotność SU wskazanej na śmierć opiekuna prawnego)*	10 000 zł
zwrot kosztów czesnego szkoły, studiów, kursów lub szkolenia Ubezpieczonego po śmierci jego opiekuna prawnego	1 000 zł
Koszty pogrzebu opiekuna prawnego – *w następstwie NW*	1 000 zł
Dziecko w sieci *pomoc informatyczna na wypadek problemów związanych z użytkowaniem komputera i Internetu, pomoc psychologiczno-prawna na wypadek hejtu w sieci*	TAK

Polisa **Compensa Oświata**

Typ polisy: **185** Numer: **1206536**
Numer programu: SP62036007/2

Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież	Wariant 2
Koszty leczenia w następstwie NW *zwrot kosztów m.in. wizyt lekarskich po nieszczęśliwym wypadku (w tym logopeda), badań, operacji, leków przepisanych w ramach leczenia*	8 000 zł
zwrot kosztów odbudowy zębów	500 zł za 1 ząb max. 2 000 zł
Koszty rehabilitacji w następstwie NW *zwrot kosztów konsultacji z rehabilitantem i zabiegów rehabilitacyjnych oraz kosztów hipoterapii*	6 000 zł
Koszty środków pomocniczych i ortopedycznych *zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków pomocniczych i ortopedycznych m.in.: protezy, ortezy, gorsety i kule, balkoniki, wózki inwalidzkie;*	6 000 zł
sprzęt medyczny: okulary korekcyjne, aparaty słuchowe, aparaty ortodontyczne, pompy insulinowe	600 zł
Koszty operacji plastycznych w następstwie NW *zwrot kosztów operacji mającej na celu zmniejszenie oszpeceń i okaleczeń powierzchni ciała*	10 000 zł
Operacje chirurgiczne *jednorazowe świadczenie z tytułu zabiegu chirurgicznego, wykonanego w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, połączonego z przecięciem tkanek*	
w następstwie NW	1 500 zł
w następstwie choroby	50% sumy na operacje w następstwie NW
wycięcie migdałków	250 zł
Pobyt w szpitalu w następstwie NW *za każdy dzień pobytu - od 1. dnia*	100 zł za 1 dzień max. 10 000 zł
zwrot kosztów zakwaterowania opiekuna prawnego wskutek hospitalizacji dziecka	100 zł za 1 dzień max. 1 000 zł
Pobyt w szpitalu w następstwie choroby *za każdy dzień pobytu - od 1. dnia*	50 zł za 1 dzień max. 1 500 zł
świadczenie za pobyt w szpitalu psychiatrycznym lub na oddziale szpitalnym psychiatrycznym trwający nieprzerwanie 30 dni	1 000 zł
zwrot kosztów zakwaterowania opiekuna prawnego wskutek hospitalizacji dziecka	100 zł za 1 dzień max. 1 000 zł
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*	5 000 zł
Nieszczęśliwy wypadek bez uszczerbku na zdrowiu *jednorazowe świadczenie wypłacane gdy nieszczęśliwy wypadek nie spowodował uszczerbku na zdrowiu lub jednorazowe świadczenie z tytułu*	300 zł
zadośćuczynienia za ból odczuwany po NW z pobytem w szpitalu co najmniej 24h	100 zł
Niezdolność do pracy lub nauki w następstwie NW *wypłacane jest pod warunkiem, że niezdolność do pracy lub nauki trwa nieprzerwanie 30 dni*	20 zł za 1 dzień max. 1 800 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*	400 zł
zachorowanie na boreliozę lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych w wyniku ugryzienia przez kleszcza	1 000 zł
Psycholog dla Ubezpieczonego *zwrot kosztów pomocy psychologicznej udzielonej Ubezpieczonemu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem*	500 zł
Koszty wycieczki szkolnej *zwrot kosztów wycieczki jeżeli Ubezpieczony nie może na nią pojechać wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby*	1 000 zł
Składka Uczeń	**Wysokość składki**
NNW – za 1 osobę	74 zł
Składka Rodzeństwo	**Wysokość składki**
NNW – za 1 osobę	52 zł

Zakres ubezpieczenia – placówka i personel	Wariant 2
OC nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego	100 000 zł
OC dyrektora placówki oświatowej	100 000 zł
OC placówki oświatowej	100 000 zł
Mienie w szatni	2 000 zł
Składka nauczyciel/wychowawca/dyrektor	**Wysokość składki**
OC nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego – za 1 osobę	3 zł
OC dyrektora placówki oświatowej – za 1 osobę	42 zł
Składka placówka	**Wysokość składki**
OC placówki oświatowej	57 zł
Mienie w szatni	57 zł

Polisa **Compensa Oświata**

Typ polisy: **185** Numer: **1206536**
Numer programu: SP62036007/2

PŁATNOŚĆ

Płatna do: **01-11-2026** Płatność: **jednorazowa**

Metoda płatności: **Przelew/Składka zebrana od ubezpieczonych** Tytuł przelewu: **185/1206536**
Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group do płatności składek: **80124069577008800012065362**

POSTANOWIENIA DODATKOWE

Brak

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 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group (zwana dalej COMPENSA) Uchwałą nr 06/04/2026 z dnia 09.04.2026 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.
2. Zobowiązuje się do zapoznania Ubezpieczonych z treścią ww. Ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Oświata.
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.

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO – DOBROWOLNE

1. **Marketing po zakończeniu Umowy oraz automatyczne podejmowanie decyzji przez COMPENSĘ**
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 COMPENSĘ, 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
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

Compensa Oświata

Aneks nr: ANK000068963
do polisy: typ 185 nr **1206536** zawartej w dniu **2026-09-18**

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

UBEZPIECZYCIEL

Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

DANE PLACÓWKI/PODMIOTU

Nazwa: **SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1 IM. BOLESŁAWA PRU**
REGON: **000595298**

NAZWA PROGRAMU

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1 IM. BOLESŁAWA PRU

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko/Nazwa: **SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1 IM. BOLESŁAWA PRUSA W HRUBIESZOWIE**
PESEL/REGON: **000595298**
Adres: **UL. LISTOPADOWA 12, 22-500 HRUBIESZÓW**

§ 1

Niniejszym aneksem wprowadza się następujące zmiany do umowy ubezpieczenia dotyczące liczby osób/ryzyk włączanych do ubezpieczenia:

Ubezpieczeni/ryzyka	Liczba osób	Składka/osoba	Składka razem
Liczba dzieci, młodzieży, studentów, osób do 26 r.ż. przystępujących do NW	411	74 zł	24 394 zł
Liczba uczniów płacących pełną składkę NW	265	74 zł	19 610 zł
Liczba rodzeństwa	92	52 zł	4 784 zł
Procent uczniów przystępujących do NW, zwolnionych z opłacenia składki NW	13%	x	x
Liczba uczniów przystępujących do NW, zwolnionych z opłacenia składki NW	54	x	x
Liczba nauczycieli przystępujących do OC	71	3 zł	213 zł
Liczba dyrektorów przystępujących do OC	1	42 zł	42 zł
OC placówki			57 zł
Mienie w szatni			57 zł
Składka łączna za polisę			**24 763 zł**

§ 2

Składka łączna do zapłaty za polisę: 24 763 zł (słownie: dwadzieścia cztery tysiące siedemset sześćdziesiąt trzy złote, zero groszy)
Data płatności składki do: 2026-11-14 na konto o numerze 80124069577008800012065362 tytułem 185/1206536

§ 3

Niniejszy aneks stanowi integralną część polisy.

§ 4

Pozostałe warunki ubezpieczenia nie ulegają zmianie.

§ 5

Aneks sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

CUK UBEZPIECZENIA
Oddział Hrubieszów, Patrycja Gądek
podpis przedstawiciela Compensy
1830177
PATRYCJA GĄDEK

Rada Rodziców
przy Szkole Podstawowej Nr 1
w Hrubieszowie
ul. Listopadowa 12, 22-500 Hrubieszów
tel./fax 84 696 20 74
NIP 919-18-29-658, Regon 061445954
podpis Ubezpieczającego/Pełnomocnika

DATA SPORZĄDZENIA ANEKSU

2026-10-31, 14:08

