Wniosek-polisa (kopia) **Ubezpieczenie Pakiet OŚWIATA**

Seria i numer **PWC179887**

INFOLINIA I ZGŁOSZENIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69

CENTRUM ALARMOWE: +48 22 501 33 33

wiener VIENNA INSURANCE GROUP

Agent: **2100016410**

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (dalej: Compensa) potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet OŚWIATA zgodnie z przeprowadzonym i udokumentowanym poniżej badaniem potrzeb klienta oraz wnioskiem z dnia **2024-08-30**. Wiener jest znakiem towarowym należącym do Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group.

Rodzaj umowy ☒ Umowa nowa ☐ Umowa kontynuowana

Okres Ubezpieczenia od **2024-09-01** do **2025-08-31** 24:00

Forma ubezpieczenia Grupowa

Ubezpieczeni **Osoby, które przystąpiły do umowy ubezpieczenia**

Ubezpieczający

I LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE
Nazwa

UL. PARTYZANTÓW | **8** | Nr lokalu
Adres stałego zamieszkania | Nr domu

RADZYŃ PODLASKI | **21-300**
Miejscowość | Kod pocztowy

LUBELSKIE | **RADZYŃSKI**
Województwo | Powiat

000228795
Nr REGON

83 352-80-28 | **sekretariat@loradzyn.pl**
Telefon kontaktowy | Adres e-mail

Ubezpieczony

I LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE
Nazwa

UL. PARTYZANTÓW | **8** | Nr lokalu
Adres stałego zamieszkania | Nr domu

RADZYŃ PODLASKI | **21-300**
Miejscowość | Kod pocztowy

LUBELSKIE | **RADZYŃSKI**
Województwo | Powiat

000228795
Nr REGON

83 352-80-28 | **sekretariat@loradzyn.pl**
Telefon kontaktowy | Adres e-mail

Zakres ubezpieczenia

ŚWIADCZENIA PODSTAWOWE		
Suma ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NW)		**25 000 zł**
Zakres ubezpieczenia		Suma ubezpieczenia/Suma gwarancyjna /Limit
1.	Świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu, w tym nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił wskutek aktu terroru	250 zł
2.	Świadczenie progresywne wypłacane w przypadku orzeczenia uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku powyżej 25%, wypłata świadczenia w podwójnej wysokości - tzn. 2% sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu	500 zł za 1%
3.	Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku NW wynosi 100% sumy ubezpieczenia następstw NW z wyjątkami:	25 000 zł
a)	jeżeli śmierć w wyniku NW, który nastąpił na terenie placówki oświatowej - wypłacimy dodatkowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie NW	25 000 zł
b)	jeżeli śmierć nastąpiła wskutek aktu terroru – wypłacimy uprawnionemu wyłącznie świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie NW	12 500 zł
4.	Jednorazowe świadczenie z tytułu pokrycia kosztów pogrzebu Ubezpieczonego	do 2 000 zł
5.	Zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych	do 5 000 zł
6.	Zasiłek z tytułu niezdolności do nauki lub pracy z powodu NW; wypłacamy go jeżeli okres niezdolności do nauki lub pracy trwa dłużej niż 31 dni	500 zł
7.	Świadczenie edukacyjne z tytułu niezdolności do nauki wypłacane za 7 szkolnych dni nieobecności, max. za 35 szkolnych dni nieobecności	100 zł
8.	Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę wypłacane ubezpieczonemu, który na skutek nieszczęśliwego wypadku doznał uszczerbku na zdrowiu powyżej 50%	5% należnego świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu
9.	Świadczenie z tytułu pogryzienia przez zwierzęta, gdy zdarzenie wymaga interwencji lekarskiej w placówce medycznej	400 zł
10.	Świadczenie z tytułu ukąszenia przez owady i pajęczaki (z wyjątkiem ugryzienia przez kleszcza); wypłycamy je jeżeli w związku ze zdarzeniem ubezpieczony przebywa w szpitalu co najmniej 24 godziny	400 zł
11.	Świadczenie z tytułu ugryzienia przez kleszcza; wypłacamy je, jeżeli w następstwie ugryzienia przez kleszcza zdiagnozowano u ubezpieczonego boreliozę lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych	1 000 zł
12.	Zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego	do 5 000 zł
13.	Zwrot kosztów operacji plastycznych, w celu usunięcia skutków lub oszpeceń nieszczęśliwego wypadku	do 10 000 zł
14.	zwrot kosztów wycieczki szkolnej - gdy w wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony nie może w niej uczestniczyć	do 1 000 zł
15.	uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki pod warunkiem, że padaczka została rozpoznana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia	250 zł
16.	Świadczenia Assistance – pomoc medyczna	Zgodnie z klauzulą świadczeń podstawowych
17.	Świadczenia Assistance – cyberbezpieczeństwo w sieci	Zgodnie z klauzulą świadczeń podstawowych
18.	Świadczenia Assistance – specjalistyczna zdalna pomoc psychologiczna oraz prawna	Zgodnie z klauzulą świadczeń podstawowych

ŚWIADCZENIA DODATKOWE

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia/Suma gwarancyjna /Limit
Klauzula 1 - Koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków wariant standardowy Są to koszty: 1) wizyt lekarskich, zabiegów ambulatoryjnych i operacji; 2) zakupu lekarstw i środków opatrunkowych; 3) transportu z miejsca wypadku do szpitala lub ambulatorium. 4) badań diagnostycznych,	do 2 500 zł
5) leczenia usprawniającego – rehabilitacji;	do 1 250 zł
6) odbudowy stomatologicznej zębów,	500 zł za jeden ząb
7) uszkodzenia okularów korekcyjnych, aparatów słuchowych i aparatów ortodontycznych	300 zł
8) zakwaterowania rodzica lub opiekuna w przypadku hospitalizacji dziecka – świadczenie maksymalnie za 10 dni zakwaterowania	100 zł za dzień, nie więcej niż 1000 zł
Klauzula 2 - Pobyt w szpitalu Świadczenie szpitalne maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu; jest wypłacane z tytułu każdorazowego pobytu w szpitalu w wyniku tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego, przy czym w razie pierwszego pobytu w szpitalu świadczenie jest wypłacane: 1) w przypadku hospitalizacji w związku z nieszczęśliwym wypadkiem - od 1. dnia pobytu w szpitalu; 2) w przypadku hospitalizacji w związku z chorobą - od 3. dnia pobytu w szpitalu; 3) w przypadku kolejnych hospitalizacji w związku z tym samym zdarzeniem (nieszczęśliwym wypadkiem albo chorobą) – od 1-go dnia pobytu w szpitalu.	limit na pobyt w szpitalu wskutek NW: 80 zł za dzień, nie więcej niż 7200 zł limity na pobyt w szpitalu wskutek choroba: 30 zł za dzień, nie więcej niż 2700 zł
4) świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu psychiatrycznym lub na oddziale szpitalnym psychiatrycznym nieprzerwanie 30 dni.	1000 zł
Klauzula 5 - Poważne zachorowanie lub operacja chirurgiczna ubezpieczonego 1) poważne zachorowanie a) choroba nowotworowa złośliwa; b) niewydolność nerek; c) porażenie kończyn; d) przeszczep organu; e) utrata wzroku; f) utrata słuchu; g) cukrzyca typu 1; h) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C; i) borelioza lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych; j) sepsa;	2 000 zł
2) operacja chirurgiczna przy co najmniej dwudniowym pobycie w szpitalu	500 zł
wycięcie migdałków od pierwszego dnia pobytu w szpitalu	250 zł
3) śmierć ubezpieczonego w wyniku choroby nowotworowej złośliwej	12 500 zł
Klauzula 6 - Interwencja lekarska wskutek nieszczęśliwego wypadku	
1) interwencja lekarska wskutek nieszczęśliwego wypadku i braku orzeczenia uszczerbku na zdrowiu	200 zł
2) zadośćuczynienie za ból odczuwany przez ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli pobyt w szpitalu trwa co najmniej 24 godziny	100 zł

Ubezpieczenie OC	Suma gwarancyjna
Klauzula 7 - Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej placówki oświatowej	10 000 zł
Klauzula 7 - Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej placówki oświatowej - szkody powstałe w rzeczach przyjętych na przechowanie do szatni	2 000 zł na wszystkie zdarzenia i 200 zł na jedno zdarzenie
Klauzula 8 - Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego liczba ubezpieczonych nauczycieli 20	100 000 zł
Klauzula 9 - Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej dyrektora placówki oświatowej	100 000 zł

Składka za ubezpieczenie za jednego ubezpieczonego **60,00 zł**
Składka za ubezpieczenie OC **291,00 zł**
Składka do zapłaty po zniżkach i zwyżkach **25 191,00 zł**

Sposób płatności

Płatność ☒ jednorazowo ☐ w ratach

Forma płatności ☐ gotówka ☐ karta płatnicza (terminal własny) ☐ karta płatnicza (TubaPay)

☒ przelew nr konta **30 1240 6960 4539 1623 0317 9887** płatne do dnia **2024-10-31**

Raty	I rata	II rata
Wysokość rat w zł	**25 191,00 zł**	
Termin płatności rat	**2024-10-31** Data	Data

☐ Potwierdzam odbiór ☐ składki ☐ I raty składki w kwocie ..... słownie złotych .....

Badanie potrzeb klienta

1. Dla jakiej placówki chcesz zawrzeć umowę ubezpieczenia?	☐ żłobek ☐ przedszkole ☐ szkoła podstawowa ☒ szkoła średnia ☐ szkoła wyższa ☐ inna placówka oświatowa	
2. Czy chcesz ubezpieczyć zdrowie i życie uczniów i pracowników placówki oświatowo-wychowawczej?	☒ Tak	☐ Nie
a. Czy chcesz zapewnić ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w związku z następstwami nieszczęśliwego wypadku w ramach wybranej przez Ciebie sumy ubezpieczenia?	☒ Tak	☐ Nie
b. Czy chcesz zapewnić ubezpieczonemu świadczenie zwrotu kosztów leczenia powypadkowego w ramach wybranej przez Ciebie sumy ubezpieczenia?	☒ Tak	☐ Nie
c. Czy chcesz zapewnić ubezpieczonemu świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu po wypadku lub chorobie w ramach wybranej przez Ciebie sumy ubezpieczenia?	☒ Tak	☐ Nie
d. Czy chcesz zapewnić uprawnionym dodatkowe świadczenie w razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego?	☐ Tak	☒ Nie
e. Czy chcesz zapewnić ubezpieczonemu świadczenie w razie śmierci jego rodziców lub opiekunów wskutek nieszczęśliwego wypadku w ramach wybranej przez Ciebie sumy ubezpieczenia?	☐ Tak	☒ Nie
f. Czy chcesz zapewnić ubezpieczonemu wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania lub operacji chirurgicznej w ramach wybranej przez Ciebie sumy ubezpieczenia oraz czy chcesz zapewnić uprawnionemu wypłatę świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku nowotworu złośliwego?	☒ Tak	☐ Nie
g. Czy chcesz zapewnić ubezpieczonemu świadczenie związane z interwencją lekarską wskutek nieszczęśliwego wypadku i brakiem orzeczenia uszczerbku na zdrowiu oraz będące zadośćuczynieniem za ból i cierpienie doznane przez niego wskutek nieszczęśliwego wypadku??	☒ Tak	☐ Nie
3. Czy chcesz zabezpieczyć placówkę oświatową, jej kadrę pedagogiczną lub dyrektora przed roszczeniami osób trzecich (poszkodowanych) w związku ze zdarzeniem, za które wyżej wymienieni ponoszą odpowiedzialność?	☒ Tak	☐ Nie
a. Czy chcesz zabezpieczyć placówkę oświatową przed roszczeniami dotyczącymi szkód wyrządzonych przez placówkę w związku z prowadzeniem działalności statutowej lub posiadaniem i użytkowaniem mienia w ramach wybranej przez Ciebie sumy gwarancyjnej?	☒ Tak	☐ Nie
b. Czy chcesz zabezpieczyć placówkę oświatową dodatkowo przed roszczeniami dotyczącymi szkód powstałych w rzeczach przyjętych na przechowanie do szatni?	☒ Tak	☐ Nie
c. Czy chcesz zabezpieczyć kadrę pedagogiczną placówki oświatowej (nauczycieli, wychowawców lub innych pracowników pedagogicznych) przed roszczeniami dotyczącymi szkód, za które ww. członkowie kadry ponoszą odpowiedzialność w ramach wybranej przez Ciebie sumy gwarancyjnej?	☒ Tak	☐ Nie
d. Czy chcesz zabezpieczyć dyrektora placówki oświatowej albo inną osobę kierującą placówką przed roszczeniami dotyczącymi szkód, za które dyrektor placówki oświatowej albo inna osoba kierująca placówką ponosi odpowiedzialność w ramach wybranej przez Ciebie sumy gwarancyjnej?	☒ Tak	☐ Nie

Klauzula informacyjna

Administratorem danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (02-342), Al. Jerozolimskie 162.

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celach i na podstawie przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) następujących:

1. przedstawienia oferty, oceny ryzyka ubezpieczeniowego (także w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów na podstawie art. 22 ust. 2 lit. a) RODO jako czynność niezbędna do zawarcia umowy), zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, jako przetwarzanie danych niezbędne do wykonania umowy lub podjęcia działań przed jej zawarciem [art. 6 ust. 1 lit. b) RODO];
2. marketingu elektronicznego i telefonicznego – na podstawie Pani/Pana zgody [art. 6 ust. 1 lit. a) RODO];
3. marketingu bezpośredniego usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania, co stanowi realizację prawnie uzasadnionego interesu administratora [art. 6 ust. 1 lit. f) RODO];
4. likwidacji szkód z umowy ubezpieczenia, jako przetwarzanie niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze [art. 6 ust. 1 lit. c) RODO] oraz do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, co stanowi realizację prawnie uzasadnionego interesu administratora [art. 6 ust. 1 lit. f) i art. 9 ust. 2 lit. f) RODO w przypadku szczególnej kategorii danych osobowych];
5. ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia, co stanowi realizację prawnie uzasadnionego interesu przez administratora lub przez stronę trzecią [art. 6 ust. 1 lit. f) RODO];
6. ewentualnie w celu podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń i odszkodowań, co stanowi realizację prawnie uzasadnionego interesu przez administratora lub przez stronę trzecią [art. 6 ust. 1 lit. f) RODO];
7. realizacji obowiązków określonych w przepisach dotyczących szczególnych środków restrykcyjnych skierowanych przeciwko niektórym osobom i podmiotom mających na celu zwalczanie terroryzmu - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
8. realizacji obowiązków określonych w przepisach dotyczących szczególnych środków restrykcyjnych skierowanych przeciwko niektórym osobom i podmiotom mających na celu zwalczanie terroryzmu jako przetwarzanie niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze [art. 6 ust. 1 lit. c) RODO];
9. gromadzenia danych statystycznych w celu ustalania na ich podstawie wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, jako przetwarzanie niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze [art. 6 ust. 1 lit. c) RODO].

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być inne zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji, audytorzy, a także podmioty świadczące usługi wsparcia na rzecz administratora i przetwarzające dane osobowe na podstawie umowy z administratorem, w tym: agenci ubezpieczeniowi, podmioty przeprowadzające likwidację szkody, podmioty świadczące usługi Assistance, podmioty świadczące usługi IT i administracyjne, firmy windykacyjne, agencje marketingowe (w razie wyrażenia przez Panią/Pana zgody na otrzymywanie informacji handlowych).

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do sporządzenia i przedstawienia oferty. W przypadku zawarcia umowy dane będą przechowywane do dnia przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do dnia wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego ze szczególnych przepisów prawa. Dane przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego będą przechowywane do chwili cofnięcia zgody na otrzymywanie informacji marketingowych albo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w tym celu.

Na zasadach przewidzianych w RODO, przysługuje Pani/Panu prawo żądania od administratora dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania oraz przenoszenia danych.

W przypadku, gdy dane osobowe przetwarzane są na podstawie zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją. Jeśli podstawą

przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, a dane są przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, może Pani/Pan w dowolnym momencie wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych na potrzeby takiego marketingu, w tym profilowania.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego (bez podania danych osobowych nie jest możliwe dokonanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego i zawarcie umowy ubezpieczenia). Podanie danych w celach marketingowych jest dobrowolne.

W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, na podstawie danych takich jak np.: przebieg ubezpieczenia (szkodowość), przedmiot ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia oraz liczba ubezpieczonych osób, administrator może podejmować decyzje w sposób zautomatyzowany (bez wpływu człowieka). Tego rodzaju decyzje będą oparte o profilowanie tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, która jest niezbędna do ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Wynikiem takiego działania jest określenie wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji ludzkiej ze strony administratora (tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka).

Oświadczenia Ubezpieczającego

1. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia przeprowadzono badanie wymagań i potrzeb ubezpieczonego oraz moich w zakresie ochrony ubezpieczeniowej.

2. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia zostały mi udostępnione: dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym, informacje o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, a także Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet OŚWIATA zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensy nr 01/07/2024 z dnia 1 lipca 2024 r. (dalej OWU) mające zastosowanie w umowie ubezpieczenia, której zawarcie potwierdzone jest niniejszą polisą - w taki sposób, że mogłam/em się z nimi zapoznać, przechowywać je i odtwarzać w zwykłym toku czynności..

3. Wyrażam zgodę na przekazanie Compensie 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.

4. Wyrażam zgodę na przekazywanie Compensie 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 zwalniam lekarzy sprawujących nade mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Compensie dokumentacji mojego leczenia.

5. Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Compensę informacji od Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Compensy oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

6. Zapoznałam/em się z procedurą składania i rozpatrywania reklamacji, która została zawarta w OWU.

7. 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.

8. W razie zmiany okoliczności, o które Compensa zapytywała przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zobowiązuję się zawiadomić o tych zmianach Compensę niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

9. Upoważniam Compensę 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.

Oświadczenia ubezpieczającego zawierającego umowę ubezpieczenia na własny rachunek

Oświadczam, że koszt składki ubezpieczeniowej będzie finansowany przeze mnie.

Oświadczenie ubezpieczającego zawierającego umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek i finansującego koszt składki ubezpieczeniowej

Oświadczam, że koszt składki ubezpieczeniowej będzie finansowany przeze mnie.

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 Compensy 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 będącego przedstawicielem ubezpieczonego

Oświadczam, że zostałem 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.

Pozostałe oświdczenia

1. W razie złożenia reklamacji do Compensy, wnoszę o dostarczanie mi odpowiedzi pocztą elektroniczną. ☒ Tak ☐ Nie

2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensy z siedzibą w Warszawie informacji handlowo-marketingowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:

- wiadomości elektroniczne (e-mail, www.wiener.pl, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe, wiadomości SMS/MMS) ☐ Tak ☒ Nie

- połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR). ☐ Tak ☒ Nie

Nr agenta/pośrednika **2100016410**

Data, czytelny podpis ubezpieczającego	Pieczęć firmowa przedstawiciela Compensy	Pieczęć imienna i podpis wystawiającego

Uwagi **W ramach kl. nr 9 ochroną objęto Dyrektora szkoly oraz v-ce Dyrektora.**