

Typ polisy: 185  
numer: 1001734Zgłoszenie 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

Zespoły szkół (licea, technika, szkoły ponadpodstawowe)

## DANE PLACÓWKI/PODMIOTU

Nazwa: ZESPÓŁ SZKÓŁ W OLEŚNIE  
REGON: 001229408  
Adres korespondencyjny: UL. SĄDOWA 2, 46-300 OLESNO

## UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko: MARIUSZ JERKA  
PESEL: 65043004035  
REGON: 150182051  
Adres korespondencyjny: UL. ARMII KRAJOWEJ 12, 46-300 OLESNO  
Nr telefonu: 603111301  
e-mail: MARIUSZJERKA@GMAIL.COM

## LICZBA UBEZPIECZONYCH

Liczba uczniów przystępujących do NW - 150

Liczba uczniów w przypadku drugiego i kolejnego dziecka (-50%) - TAK

Osoby ubezpieczone – zgodnie z załączoną listą

## ZAKRES UBEZPIECZENIA

| Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Wariant 2                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Uszkodzenie ciała w następstwie NW oraz pomoc powypadkowa</b><br><i>również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia</i><br>Uszczerbki do 25% - wypłata za 1% uszczerbku<br>Uszczerbki powyżej 25% - wypłata 2% SU za 1% uszczerbku<br>Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę | 25 000 zł<br>250 zł<br>500 zł<br>5% wypłaconego świadczenia z tytułu NW |
| <b>Śmierć w następstwie NW</b><br><i>również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia</i>                                                                                                                                                                                     | 25 000 zł                                                               |
| <b>Śmierć w środku lokomocji – w następstwie NW, w tym również w wypadku komunikacyjnym</b>                                                                                                                                                                                                                                           | 25 000 zł                                                               |
| <b>Śmierć na terenie placówki oświatowej – w następstwie NW</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       | 50 000 zł                                                               |
| <b>Śmierć w następstwie choroby nowotworowej złośliwej Ubezpieczonego</b>                                                                                                                                                                                                                                                             | 3 000 zł                                                                |
| <b>Psycholog dla rodziny w razie śmierci Ubezpieczonego</b><br>zwrot kosztów pomocy psychologicznej dla opiekuna prawnego, małżonka, partnera, dzieci lub rodzeństwa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego                                                                                                                             | 300 zł                                                                  |
| <b>Śmierć opiekuna prawnego – w następstwie NW</b><br>zwrot kosztów czesnego szkoły, studiów, kursów lub szkolenia Ubezpieczonego po śmierci jego opiekuna prawnego                                                                                                                                                                   | 3 000 zł<br>1 000 zł                                                    |
| <b>Dziecko w sieci</b><br>pomoc informatyczna na wypadek problemów związanych z użytkowaniem komputera i Internetu, pomoc psychologiczno-prawna na wypadek hejtu w sieci                                                                                                                                                              | TAK                                                                     |
| <b>Koszty leczenia w następstwie NW</b><br>zwrot kosztów m.in. wizyt lekarskich po nieszczęśliwym wypadku, badań, operacji, leków przepisanych w ramach leczenia<br>Zwrot kosztów odbudowy zębów                                                                                                                                      | 4 000 zł<br>500 zł za 1 ząb<br>max. 2 000 zł                            |
| <b>Koszty rehabilitacji w następstwie NW</b><br>zwrot kosztów konsultacji z rehabilitantem i zabiegów rehabilitacyjnych                                                                                                                                                                                                               | 4 000 zł                                                                |
| <b>Koszty środków pomocniczych i ortopedycznych</b><br>zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków pomocniczych i ortopedycznych m.in.: protezy, ortezy, gorsety i kule, balkoniki, wózki inwalidzkie;<br>sprzęt medyczny: okulary korekcyjne, aparaty słuchowe, aparaty ortodontyczne, pompy insulinowe                           | 5 000 zł<br>600 zł                                                      |
| <b>Koszty operacji plastycznych w następstwie NW</b><br>zwrot kosztów operacji mającej na celu zmniejszenie oszpeceń i okaleczeń powierzchni ciała                                                                                                                                                                                    | 10 000 zł                                                               |



Typ polisy: 185  
numer: 1001734

| Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Wariant 2                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pobyt w szpitalu w następstwie NW</b><br>za każdy dzień pobytu - od 1. dnia<br><br>zwrot kosztów zakwaterowania opiekuna prawnego wskutek hospitalizacji dziecka                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 100 zł za 1 dzień<br>max. 10 000 zł<br><br>100 zł za 1 dzień<br>max. 1 000 zł               |
| <b>Pobyt w szpitalu w następstwie choroby</b><br>za każdy dzień pobytu - od 2. dnia<br>świadczenie za pobyt w szpitalu psychiatrycznym lub na oddziale szpitalnym psychiatrycznym trwający nieprzerwanie 30 dni<br><br>zwrot kosztów zakwaterowania opiekuna prawnego wskutek hospitalizacji dziecka                                                                                                                                                                             | 50 zł za 1 dzień<br>max. 1 500 zł<br><br>1 000 zł<br><br>100 zł za 1 dzień<br>max. 1 000 zł |
| <b>Poważne zachorowanie</b><br>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                                                                                    |
| <b>Nieszczęśliwy wypadek bez uszczerbku na zdrowiu</b><br>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                                                                                                                                                                                                     | 150 zł<br><br>100 zł                                                                        |
| <b>Ugryzienia, ukąszenia, użądlenia</b><br>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<br>zachorowanie na boreliozę lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych w wyniku ugryzienia przez kleszcza                                                                                                 | 400 zł<br><br>1 000 zł                                                                      |
| <b>Psycholog dla Ubezpieczonego</b><br>zwrot kosztów pomocy psychologicznej udzielonej Ubezpieczonemu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 600 zł                                                                                      |
| <b>Dostosowanie wnętrza mieszkania lub domu w następstwie NW</b><br>zwrot kosztów przebudowy łazienki lub kuchni, poszerzenia drzwi do mieszkania lub domu oraz usunięcia progów w drzwiach i zamontowania uchwytów pomocniczych                                                                                                                                                                                                                                                 | 5 000 zł                                                                                    |
| <b>Koszty wycieczki szkolnej</b><br>zwrot kosztów wycieczki jeżeli Ubezpieczony nie może na nią pojechać wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 500 zł                                                                                      |
| <b>Koszty poszukiwania dziecka</b><br>zwrot kosztów poszukiwania ubezpieczonego dziecka w przypadku jego zaginięcia – koszty wynajęcia detektywa, umieszczenia informacji w mediach, wydruku ulotek                                                                                                                                                                                                                                                                              | 5 000 zł                                                                                    |
| <b>Składka</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Wysokość składki</b>                                                                     |
| Składka NW za 1 osobę                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 60 zł                                                                                       |
| <b>Składka łączna do zapłaty</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 8 970 zł                                                                                    |

SKŁADKA OGÓŁEM

Wysokość składki: 8 970 zł      Składka płatna: **jednorazowo**      Płatna do: **31-10-2025**

Metoda płatności: **Przelew**  
Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group do płatności składek: **56124069577008800010017348**  
Tytuł przelewu: **185/1001734**

POSTANOWIENIA DODATKOWE

- 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.
- W przypadku okresu ubezpieczenia rozpoczynającego się od 1 września 2025 dla uczniów ostatnich klas szkół ponadpodstawowych okres ubezpieczenia zostaje wydłużony o dodatkowy miesiąc czyli do dnia 30 września 2026.
- Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie choroby wypłacane jest od 1. dnia pobytu w szpitalu.

OŚWIADCZENIA

- 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
- Zobowiązuję się do zapoznania Ubezpieczonych z treścią ww. Ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Oświata.  
☒ TAK    ☐ NIE
- 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.
- 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



Typ polisy: 185  
numer: 1001734

## 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

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

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 COMPENSE 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

1. 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.

2. 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 zwalniał 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.

3. 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.

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

5. 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.

6. W razie zmiany okoliczności, o które Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group zapytywała przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zobowiązuje się zawiadomić o tych zmianach Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

7. 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.



Typ polisy: **185**  
numer: **1001734**

## OŚWIADCZENIE UBEZPIELAJĄCEGO BĄDĄCEGO 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

## DATA, GODZINA, MIEJSCE WYSTAWIENIA POLISY

**2025-07-30, 14:34, Olesno**

Miejscowość, data, czytelny podpis  
Ubezpieczającego

Pieczęć przedstawiciela Compensy

Czytelny podpis przedstawiciela  
WOJCIECH MOTUS (11129650/P)