



1 Okres ubezpieczenia: od **01.09.2022** do **31.08.2023**

2 Ubezpieczający: **SZKOŁA PODSTAWOWA IM. DOKTORA MATEUSZA CHEŁMOŃSKIEGO W ADAMOWIZNIE**

Adres siedziby: ADAMOWIZNA, OSOWIECKA 33, 05-825 GRODZISK MAZOWIECKI
E-mail: Nieustalony Telefon: Klient odmówił

REGON: 000799782

3 Grupa Ubezpieczona: **uczniowie**

Liczba osób ubezpieczonych: 70
Składka za osobę w grupie: 52,06 PLN
Integralną częścią umowy jest załącznik z listą ubezpieczonych.

4 Rodzaj placówki: **Szkoła podstawowa**

Kod pocztowy: 05-825

Zakres ubezpieczenia dla Grupy ubezpieczonej

Ubezpieczenie PZU NNW Edukacja

Podstawowe świadczenia

Wariant II

Składka: 3 644,20 PLN

Suma ubezpieczenia

• świadczenie z tytułu śmierci/trwałego uszczerbku na zdrowiu
• assistance - zakres podstawowy

37 000 PLN

Świadczenia dodatkowe

• świadczenie z tytułu kosztów leczenia (refundacja)
• dieta szpitalna w wyniku NW

świadczenie z tytułu kosztów leczenia (refundacja):
świadczenie z tytułu diety szpitalnej w wyniku NW:

Wysokość świadczenia

2 600 PLN
150 PLN

Ryzyka dodatkowe objęte polisą

• poważne zachorowanie
• sepsa
• dieta szpitalna z powodu choroby
• śmierć w wypadku komunikacyjnym

świadczenie z tytułu poważnego zachorowania:
świadczenie z tytułu wystąpienia sepsy:
świadczenie z tytułu diety szpitalnej z powodu choroby:
świadczenie z tytułu śmierci w wypadku komunikacyjnym:

Wysokość świadczenia

1 800 PLN
11 000 PLN
150 PLN
42 000 PLN

6 Składka łączna: **3 644,20 PLN**

Składka za NNW: 3 644,20 PLN

Jednorazowo

Termin płatności 07.10.2022

Kwota w złotych 3 644,20

7 Numer rachunku bankowego do zapłaty składki

33 1240 6960 3014 0110 3563 3949

W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1073827036

8 Warunki ubezpieczenia

1. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczeń NNW PZU Edukacja ustalone przez Zarząd PZU SA uchwałą nr UZ/110/2022 z dnia 20 kwietnia

2022 r.

9 Postanowienia dodatkowe

1. W niniejszej umowie ubezpieczenia wprowadza się następujące warunki szczególne:
-Dieta szpitalna w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie przez okres 60 dni z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń, o którym mowa w § 14 ust. 1 OWU, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 2 dni.
- Dieta szpitalna z powodu choroby przysługuje za każdy dzień jego hospitalizacji z powodu choroby, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia. Dieta szpitalna wypłacana jest od 1. dnia hospitalizacji ubezpieczonego pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 2 dni, i wypłacana jest maksymalnie przez okres 60 dni z tytułu jednego i wszystkich hospitalizacji z powodu chorób zdiagnozowanych w okresie ubezpieczenia.
-Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych w ramach kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych nie może przekroczyć kwoty 300 złotych za każdy zęb.
- Limit świadczenia z poz. 3 a w tabeli 6 OWU zostaje podniesiony do 1% sumy ubezpieczenia

- W ramach zwrotu kosztów leczenia PZU odpowiada za zakup leków, opatrunków i środków przeciwbólowych do wysokości limitu ustalonego dla zwrotu kosztów leczenia.
- Zwalnia się z obowiązku opłaty składki do 10% uczniów znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej objętych niniejszą umową ubezpieczenia, pod warunkiem ubezpieczenia min. 50% uczniów uczęszczających do placówki w roku szkolnym 2022/2023
- Wprowadza się świadczenie polegające na zwrocie kosztów naprawy uszkodzonych okularów korekcyjnych albo zakupu w razie ich zniszczenia, w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za który PZU przyjmie odpowiedzialność na podstawie OWU. PZU pokrywa koszty naprawy albo zakupu okularów korekcyjnych do wysokości 300 zł, pod warunkiem, że konieczność naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych okularów korekcyjnych powstała niezwłocznie po nieszczęśliwym wypadku, nie później niż w okresie 30 dni liczonych od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

10 Postanowienia dodatkowe lub odmienne

1. Do OWU mających zastosowanie do niniejszej umowy ubezpieczenia / umowy ubezpieczenia obowiązkowego wprowadza się postanowienie dodatkowe w brzmieniu:
Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
2. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu OWU, które mają zastosowanie do tej umowy ubezpieczenia, na piśmie lub za zgodą Ubezpieczonego na innym trwałym nośniku. W przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej

rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone Ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową. Przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego. Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności.

3. Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych postanowień umowy ubezpieczenia, strony postanawiają, że przed dniem płatności składki ubezpieczeniowej PZU SA wyśle e-mail na adres poczty elektronicznej, który ubezpieczający podał przy zawarciu tej umowy, z informacjami dotyczącymi płatności, w tym z linkiem, dzięki któremu ubezpieczający może opłacić składkę ubezpieczeniową.

Potwierdzam dane kontaktowe

SZKOŁA PODSTAWOWA IM. DOKTORA MATEUSZA CHEŁMOŃSKIEGO W ADAMOWIŹNIE
E-mail: Nieustalony
Telefon: Klient odmówił

Dodatkowych informacji udzieli:

Izabela Kolendo
ul. RYSZARDA KNOSAŁY, 10-015 OLSZTYN

Data zawarcia umowy: 08.08.2022 r.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń pozyskał ode mnie informacje w celu ustalenia moich potrzeb i wymagań co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej przy uwzględnieniu wysokości składki, jaką jestem skłonny/skłonna zapłacić.


Podpis ubezpieczającego

SZKOŁA PODSTAWOWA IM. DOKTORA MATEUSZA
CHEŁMOŃSKIEGO W ADAMOWIŹNIE
Ubezpieczający

Podpis ubezpieczającego do polisy

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA



 **801 102 102 lub (or) +48 22 566 55 55 pzu.pl**
w przypadku awarii lub wypadku (in case of accident)



1 Okres ubezpieczenia: od **01.09.2022** do **31.08.2023**

2 Ubezpieczający: **SZKOŁA PODSTAWOWA IM. DOKTORA MATEUSZA CHEŁMOŃSKIEGO W ADAMOWIŹNIE**

Adres siedziby: ADAMOWIZNA, OSOWIECKA 33, 05-825 GRODZISK MAZOWIECKI
E-mail: Nieustalony Telefon: Klient odmówił

REGON: 000799782

3 Składka łączna: **3 644,20 PLN**
Sposób płatności: Przelew

4 Postanowienia dodatkowe lub odmienne

1. Do OWU mających zastosowanie do niniejszej umowy ubezpieczenia / umowy ubezpieczenia obowiązkowego wprowadza się postanowienie dodatkowe w brzmieniu:
Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
2. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu OWU, które mają zastosowanie do tej umowy ubezpieczenia, na piśmie lub za zgodą Ubezpieczonego na innym trwałym nośniku. W przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej

- rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone Ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową. Przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego. Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności.
3. Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych postanowień umowy ubezpieczenia, strony postanawiają, że przed dniem płatności składki ubezpieczeniowej PZU SA wyśle e-mail na adres poczty elektronicznej, który ubezpieczający podał przy zawarciu tej umowy, z informacjami dotyczącymi płatności, w tym z linkiem, dzięki któremu ubezpieczający może opłacić składkę ubezpieczeniową.

Potwierdzam dane kontaktowe

SZKOŁA PODSTAWOWA IM. DOKTORA MATEUSZA CHEŁMOŃSKIEGO W ADAMOWIŹNIE
E-mail: Nieustalony
Telefon: Klient odmówił

Dodatkowych informacji udzieli:

Izabela Kolendo
ul. RYSZARDA KNOSAŁY, 10-015 OLSZTYN

Data zawarcia umowy: 08.08.2022 r.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń pozyskał ode mnie informacje w celu ustalenia moich potrzeb i wymagań co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej przy uwzględnieniu wysokości składki, jaką jestem skłonny/sklonna zapłacić.



Podpis ubezpieczającego

SZKOŁA PODSTAWOWA IM. DOKTORA MATEUSZA CHEŁMOŃSKIEGO W ADAMOWIŹNIE
Ubezpieczający

Podpis ubezpieczającego do polisy

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA

801 102 102 lub (or) +48 22 566 55 55 pzu.pl
w przypadku awarii lub wypadku (in case of accident)