

TUZ  
TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH  
ul. Domaniewska 41 02-672 Warszawa  
www.tuz.pl  
infolinia: +48 22 327 60 60 fax: 22 534 56 15



POLISA SZK Nr 0026161  
Kod oferty S4  
Nr Agent  
3-10-207

#### DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 78 IM MIKOŁAJA  
KOPERNIKA  
-Marta Czysz-Kocera

000692481

Ubezpieczający

PESEL/REGION

50-303

kod pocztowy

WROCŁAW

mięscowość

UL. JEDNOŚCI NARODOWEJ 195

ulica i numer domu/lokalu

OKRES UBEZPIECZENIA

od

01.09.2022

do:

31.08.2023

#### UBEZPIECZENIE NNW BEZPIECZNA NAUKA

**TUZ TUV potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku dzieci i młodzieży oraz personelu w placówkach oświatowych „BEZPIECZNA NAUKA” na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia zatwierdzonych Uchwałą Zarządu TUZ TUV nr U/83/2021 z dnia 7 lipca 2021 r. (zwane dalej OWU), z TUZ Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych (dalej TUZ TUV).**

#### PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

TUZ TUV obejmuje ochroną ubezpieczeniową następstwa nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia lub śmierci Ubezpieczonego, zgodnie z zakresem określonym w Załączniku do niniejszej polisy.

**NAZWA PLACÓWKI: SZKOŁA PODSTAWOWA NR 78 IM MIKOŁAJA KOPERNIKA we Wrocławiu**

#### UBEZPIECZENI

Dzieci uczęszczające do ww. placówki oświatowej

**Liczba osób objętych ubezpieczeniem: 100 osoby**, w tym: 100 dzieci i 0 osób personelu Placówki

**Liczba osób zwolnionych z opłaty składki: 10%**

**SKŁADKA ZA 1 OSOBĘ: 60 zł**

Składka: **zgodnie z wybranym wariantem wskazanym w załączniku do niniejszej Polisy, finansowana przez Ubezpieczonego**

**Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby: 5 400 zł**

Nr zgody: UMOC.KORPO.GB.NW.220502.2781.0000.AG.OF

Sposób płatności: jednorazowo.

Składka płatna przelewem do dnia 31.10.2022 r.

**Nr konta bankowego przelew tradycyjny: 65160015053200001690026161**

#### OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO:

Ubezpieczający oświadcza, że:

- przed zawarciem umowy ubezpieczenia doręczono mi Ogólne Warunki Ubezpieczenia określone w niniejszym dokumencie ubezpieczenia (polisie), stanowiące podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia, z którymi zapoznałem(łam) się;
- przed zawarciem umowy ubezpieczenia moje potrzeby i wymagania zostały zbadane, a zawarta umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi potrzebami i wymaganiami;
- przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem(am) ustandaryzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (jestem świadomy(-a), że dokument ten nie stanowi części umowy ubezpieczenia i ma charakter informacyjny), z którym zapoznałem(łam) się;
- przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w przypadku zawarcia umowy;
- w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek - zobowiązuje się do zapoznania każdego Ubezpieczonego z warunkami umowy ubezpieczenia oraz dostarczenia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczna Nauka” zatwierdzonymi Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” nr U/83/2021 z dnia 7 lipca 2021 r. przed wyrażeniem przez niego zgody na finansowanie składki z tytułu udzielenia ochrony ubezpieczeniowej oraz do przekazania Klauzuli Informacyjnej zawierającej informację o przetwarzaniu danych osobowych. Ubezpieczający oświadcza, że nie zaakceptuje zobowiązania ubezpieczonego do finansowania kosztów składki, jeżeli wcześniej ubezpieczonemu nie zostaną doręczone warunki umowy.

Strona 1/3

Data i podpis Agent Ubezpieczeniowego

Data i podpis Ubezpieczającego

TUZ  
TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH  
ul. Domaniewska 41 02-672 Warszawa  
www.tuz.pl  
infolinia: +48 22 327 60 60 fax: 22 534 56 15

**TUZ**  
**UBEZPIECZENIA**

POLISA SZK Nr 0026161

Kod oferty S4

### ZAŁĄCZNIK DO POLISY SZK Nr 0026161 - ZAKRES UBEZPIECZENIA

| Zakres ubezpieczenia                                                                                                                                                                              | Wysokość sumy ubezpieczenia, wysokość świadczeń                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                   | Składka roczna za jedną osobę 60 zł                                               |  |
| Śmierć Ubezpieczonego na terenie placówki oświatowej w wyniku NW                                                                                                                                  | 50 000 zł                                                                         |  |
| Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (łącznie ze świadczeniem z pkt. 3)                                                                                                    | 50 000 zł                                                                         |  |
| Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (w tym zawał serca, udar mózgu)                                                                                                       | 25 000 zł                                                                         |  |
| Uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (ustalany na podstawie tabeli norm uszczerbku na zdrowiu)                                                                                  | 250 zł<br>za każdy 1%<br>uszczerbku na zdrowiu                                    |  |
| Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne od pierwszego dnia pobytu, maksymalnie do 120 dni)                                                           | 120 zł<br>za dzień:<br>od 1 do 10 dnia<br>80 zł<br>za dzień:<br>od 11 do 120 dnia |  |
| Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, w tym COVID- 19 (świadczenie płatne od pierwszego dnia pobytu, maksymalnie do 100 dni)                                                          | 120 zł<br>za dzień:<br>od 1 do 10 dnia<br>80 zł<br>za dzień:<br>od 11 do 100 dnia |  |
| Operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku (m.in. dot. skręceń, zwichnięć, złamań) - jednorazowe świadczenie                                                                                       | 1 000 zł                                                                          |  |
| Uciążliwe leczenie w wyniku NW, powodujące czasową niezdolność do nauki lub pracy (warunek: 5 dni czasowej niezdolności do nauki lub pracy) - jednorazowe świadczenie (tzw. „świadczenie bólowe”) | 200 zł                                                                            |  |
| Rany będące następstwem nieszczęśliwego wypadku wymagające założenia min. dwóch szwów (dodatkowe jednorazowe świadczenie)                                                                         | 300 zł                                                                            |  |
| Pogryzienie przez psa, pokąsania, użądlenia - jednorazowe świadczenie (bez wymogu pobytu w szpitalu)                                                                                              | 300 zł                                                                            |  |
| Wstrząśnienie mózgu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - jednorazowe świadczenie                                                                                                                    | 300 zł                                                                            |  |
| Koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie: m.in. protezy, kule, wózki inwalidzkie                                                                                                  | do 7 500 zł                                                                       |  |
| Koszty zakupu lub naprawy okularów lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku NW na terenie placówki oświatowej                                                                                 | 200 zł                                                                            |  |
| Zwrot kosztów leczenia w wyniku NW w tym rehabilitacja                                                                                                                                            | do 1 200 zł                                                                       |  |
| Koszty leczenia stomatologicznego w wyniku NW                                                                                                                                                     | do 1 000 zł                                                                       |  |
| Rozpoznanie u Ubezpieczonego poważnej choroby:                                                                                                                                                    | 2 500 zł                                                                          |  |

Strona 2/3

|                                                                                                                                                                                               |                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--|
| sepsa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, choroba autoimmunologiczna, poliomyelitis - jednorazowe świadczenie |                                                         |  |
| Śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w wyniku NW                                                                                                                               | 2 500 zł                                                |  |
| Świadczenie z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego bąblownicy, toksoplazmozy, wścieklizny - jednorazowe świadczenie                                                                         | 1 250 zł                                                |  |
| W przypadku zatrucia pokarmowego, zatrucia gazami (nagłe zdarzenie), bądź w przypadku porażenia piorunem lub prądem - jednorazowe świadcze.                                                   | 1 250 zł                                                |  |
| Koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych                                                                                                                                   | 7 500 zł                                                |  |
| Koszty leków w wyniku NW                                                                                                                                                                      | do 500 zł                                               |  |
| Pakiet KLESZCZ i zdiagnozowanie boreliozy                                                                                                                                                     | 1 500 zł                                                |  |
| Zwrot kosztów wycieczki szkolnej w wyniku NW                                                                                                                                                  | 700 zł                                                  |  |
| Oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku                                                                                                                                                    | II stopnia 400<br>III stopnia 1 200<br>IV stopnia 2 000 |  |
| Wyczynowe uprawianie sportu                                                                                                                                                                   | TAK                                                     |  |

**Wszelkie informacje dotyczące obsługi umowy ubezpieczenia, zgłaszania szkód są dostępne na stronie [www.tuz.pl](http://www.tuz.pl) lub u Twojego Agenta oraz pod numerem Infolinii 22 327 60 60.**

#### OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (dalej „TUZ”) moich danych osobowych dla celów marketingu produktów i usług TUZ, w tym w celach analitycznych i profilowania, również po zakończeniu umowy.                                                        | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 2) Wyrażam zgodę na udostępnianie przez TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (dalej „TUZ”) moich danych osobowych w zakresie danych identyfikacyjnych i teleadresowych, podmiotom współpracującym z TUZ, do przetwarzania w celach marketingowych, w tym w celach analitycznych i profilowania. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 3) Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych przez TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, na wskazane adresy elektroniczne, np. numer telefonu, adres e-mail.                                                                      | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 4) Wyrażam zgodę na wykonywanie połączeń głosowych przez TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, dla celów marketingu bezpośredniego.                                                             | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_  
Data, podpis, pieczęć Agenta Ubezpieczeniowego

\_\_\_\_\_  
Data i podpis Ubezpieczającego