



Typ polisy: 185 Numer: 1259356

Numer programu: SP58630164/6

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: 150

## DANE PLACÓWKI/PODMIOTU

Nazwa: ZESPÓŁ SZKÓŁ

REGION: 810057148

Adres korespondencyjny: UL. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 1, 74-240 LIPIANY

## NAZWA PROGRAMU

ZESPÓŁ SZKÓŁ/UBEZPIECZENIE DLA DZIECKA (od 0 do 26 r. ż)

## UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy: ZESPÓŁ SZKÓŁ

REGION: 810057148

Adres korespondencyjny: UL. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 1, 74-240 LIPIANY

## 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 1                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Uszkodzenie ciała w następstwie NW oraz pomoc powypadkowa<br>również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia<br>uszczerbki do 25% - wypłata za 1% uszczerbku<br>uszczerbki powyżej 25% - wypłata 2% SU za 1% uszczerbku<br>uszkodzenie ciała w następstwie NW, na terenie placówki oświatowej do której uczęszcza Ubezpieczony, podczas wycieczki lub wyjścia w ramach zajęć organizowanych przez tę placówkę<br>zadośćuczynienie za doznaną krzywdę<br>świadczenie z tytułu utraty lub uszkodzenia mienia osobistego Ubezpieczonego wskutek rozboju lub bójki na terenie placówki oświatowej | 20 000 zł<br>200 zł<br>400 zł<br>dodatkowy 1% sumy NW<br>5% wypłaconego świadczenia z tytułu NW<br>300 zł |
| Śmierć w następstwie NW<br>również wskutek aktu terroru, pierwszego zawału serca, pierwszego udaru mózgu, ataku epilepsji, omdlenia<br>świadczenie z tytułu pogrzebu Ubezpieczonego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5 000 zł<br>2000 zł                                                                                       |
| Śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego<br>łącznie świadczenie do wypłaty (Śmierć w następstwie NW + Śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 20 000 zł<br>25 000 zł                                                                                    |
| Śmierć na terenie placówki oświatowej – w następstwie NW<br>łącznie świadczenie do wypłaty (Śmierć w następstwie NW + Śmierć na terenie placówki oświatowej)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 40 000 zł<br>45 000 zł                                                                                    |
| Śmierć w następstwie choroby nowotworowej złośliwej Ubezpieczonego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 500 zł                                                                                                  |
| Psycholog dla rodziny w razie śmierci Ubezpieczonego<br>zwrot kosztów pomocy psychologicznej dla opiekuna prawnego, małżonka, partnera, dzieci lub rodzeństwa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1 000 zł                                                                                                  |
| Śmierć opiekuna prawnego – w następstwie NW<br>(śmierć obojga opiekunów prawnych jednocześnie w tym samym NW – dwukrotność SU wskazanej na śmierć opiekuna prawnego)<br>zwrot kosztów czynszu szkoły, studiów, kursów lub szkolenia Ubezpieczonego po śmierci jego opiekuna prawnego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1 000 zł<br>1 000 zł                                                                                      |
| Dziecko w sieci<br>pomoc informatyczna na wypadek problemów związanych z użytkowaniem komputera i Internetu, pomoc psychologiczno-prawna na wypadek hejtu w sieci                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TAK                                                                                                       |
| Koszty leczenia w następstwie NW<br>zwrot kosztów m.in. wizyt lekarskich po nieszczęśliwym wypadku (w tym logopeda), badań, operacji, leków przepisanych w ramach leczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 6 000 zł                                                                                                  |



Typ polisy: **185** Numer: **1259356**  
 Numer programu: **SP58630164/6**

| Zakres ubezpieczenia – dzieci i młodzież                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Wariant 1                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| zwrot kosztów odbudowy zębów                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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 oraz kosztów hipoterapii                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 6 000 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;                                                                                                                                                                                                                                                                        | 5 000 zł                           |
| sprzęt medyczny: okulary korekcyjne, aparaty słuchowe, aparaty ortodontyczne, pompy insulinowe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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                          |
| <b>Pobyt w szpitalu w następstwie NW</b><br>za każdy dzień pobytu - od 1. dnia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 50 zł za 1 dzień<br>max. 5 000 zł  |
| zwrot kosztów zakwaterowania opiekuna prawnego wskutek hospitalizacji dziecka                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 100 zł za 1 dzień<br>max. 1 000 zł |
| <b>Pobyt w szpitalu w następstwie choroby</b><br>za każdy dzień pobytu - od 1. dnia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 30 zł za 1 dzień<br>max. 900 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<br>max. 1 000 zł |
| <b>Poważne zachorowanie</b><br>jedenrazowe 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>jedenrazowe świadczenie wypłacane gdy nieszczęśliwy wypadek nie spowodował uszczerbku na zdrowiu lub jedenrazowe świadczenie z tytułu zadośćuczynienia za ból odczuwany po NW z pobytem w szpitalu co najmniej 24h                                                                                                                                                                                                     | 300 zł<br>100 zł                   |
| <b>Niezdolność do pracy lub nauki w następstwie NW</b><br>wypłacane jest pod warunkiem, że niezdolność do pracy lub nauki trwa nieprzerwanie 30 dni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 20 zł za 1 dzień<br>max. 1 800 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                                                                                                                                                                                                           | 400 zł                             |
| zachorowanie na boreliozę lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych w wyniku ugryzienia przez kleszcza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1 000 zł                           |
| <b>Psycholog dla Ubezpieczonego</b><br>zwrot kosztów pomocy psychologicznej udzielonej Ubezpieczonemu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 200 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 uchwyty pomocniczych                                                                                                                                                                                                                                                  | 5 000 zł                           |
| <b>Koszty korepetycji</b><br>Świadczenie wypłacane jest jeśli Ubezpieczony nie mógł pobierać nauki w szkole przez okres co najmniej 7 dni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 300 zł                             |
| <b>Koszty wycieczki szkolnej</b><br>zwrot kosztów wycieczki jeżeli Ubezpieczony nie może na nią pojechać wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 300 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 Uczeń</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Wysokość składki                   |
| NNW – za 1 osobę                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 49 zł                              |
| <b>Składka Rodzeństwo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Wysokość składki                   |
| NNW – za 1 osobę                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 34 zł                              |
| <b>Zakres ubezpieczenia – placówka i personel</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Wariant 1                          |
| <b>OC nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 50 000 zł                          |
| <b>OC dyrektora placówki oświatowej</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 100 000 zł                         |
| <b>OC placówki oświatowej</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 20 000 zł                          |
| <b>Składka nauczyciela/wychowawcy/dyrektora</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Wysokość składki                   |
| OC nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego – za 1 osobę                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 zł                               |
| OC dyrektora placówki oświatowej – za 1 osobę                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 52 zł                              |
| <b>Składka placówka</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Wysokość składki                   |
| OC placówki oświatowej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 14 zł                              |

## PLATNOŚĆ

Platna do: **01-11-2026**

Platność: **jedenrazowa**

Metoda płatności: **Przelew**

Tytuł przelewu: **185/1259356**

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group do płatności składek: **40124069577008800012593568**

## POSTANOWIENIA DODATKOWE



Typ polisy: 185 Numer: 1259356  
Numer programu: SP58630164/6

Brak

## 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 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 ubezpieczeniu są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane COMPENSIE w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą i stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Zobowiązuję się do zapoznania Ubezpieczonych z treścią ww. Ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Oświata.
- 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.

## OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO - DOBROWOLNE

- 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, płeć, 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
- 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, płeć, 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
- 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
- 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
- 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, płeć, 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



Typ polisy: 185 Numer: 1259356  
Numer programu: SP58630164/6

## POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

- 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.
- 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.
- 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.
- Zapoznałam się z procedurą składania i rozpatrywania reklamacji, która została zawarta w OWU.
- 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.
- 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.
- 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.

## OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO BĄDĄCEGO PRZEDSTAWICIELEM UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że zostałam 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

2026-10-01, 15:09, Szczecin

Made with AI

Katarzyna Jabłońska

Dyrektor Zarządu Ubezpieczeń

Miejscowość, data, czytelny podpis  
Ubezpieczającego

Pieczęć przedstawiciela Compensy

*Katarzyna Jabłońska*

Czytelny podpis przedstawiciela  
KATARZYNA JABŁONSKA (11573912/P)