

Przeglądaj swoje polisy już dzisiaj. Zarejestruj się w portalu Klienta: <https://klient.interrisk.pl>

InterRisk Kontakt 22 212 20 12



Wniosek/Polisa seria **EDU-A/P** numer **037406**

potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego EDU PLUS na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/29/03/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29 marca 2016 roku.

UBEZPIECZAJĄCY

OSOBA PRAWNA

Nazwa placówki: **SZKOŁA PODSTAWOWA NR 3 W ZAMBROWIE**
Rodzaj placówki: **szkoła podstawowa**
Adres: **UL. MAGAZYNOWA 13, 18-300 ZAMBRÓW**
Adres korespondencyjny: **UL. MAGAZYNOWA 13; 18-300 ZAMBRÓW POLSKA; POWIAT ZAMBROWSKI**
NIP: **723135878** Telefon stacjonarny: **862712641**
REGON: **450088510**
E-mail: **SP3KANCELARIA@POCZTA.ONET.PL** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZAJĄCY - OSOBA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko: **BOŻENA PRZEŹDZIECKA**
E-mail: **SP3DYREKTOR@POCZTA.ONET.PL**
Telefon stacjonarny: **668178657** Telefon komórkowy:

OKRES UBEZPIECZENIA

Data początku: **2016-10-01** Data końca: **2017-09-30**

ZAKRES UBEZPIECZENIA

OPCJA UBEZPIECZENIA	SUMA UBEZPIECZENIA
OPCJA OCHRONA PLUS	12 000,00 zł
ROZSZERZENIE ZAKRESU WYBRANEJ WYŻEJ OPCJI UBEZPIECZENIA O OPCJE DODATKOWE:	SUMA UBEZPIECZENIA
Opcja Dodatkowa D2 - oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1 500,00 zł
Opcja Dodatkowa D3 – odmrożenia	1 500,00 zł
Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	2 400,00 zł
Opcja Dodatkowa D5 - pobytu w szpitalu w wyniku choroby	2 400,00 zł
Opcja Dodatkowa D6 - poważne zachorowania (nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, transplantacja głównych organów, poliomyelitis, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane)	1 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D8 - operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	4 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D12 - zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca	1 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D13 - koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	2 000,00 zł
ŁĄCZNA SKŁADKA ZA OSOBĘ (PLN) (bez rozszerzenia o wycynowe uprawianie sportu):	39,30 zł
ŁĄCZNA SKŁADKA ZA OSOBĘ (PLN) (z rozszerzeniem o wycynowe uprawianie sportu):	51,50 zł

SKŁADKA

Lp.		Bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu	Z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu
1	Liczba ubezpieczonych (uczniowie)	245	71
2	Liczba ubezpieczonego personelu w placówce	36	0
3	Zniżka składki - liczba osób będąca w trudnej sytuacji (stanowiąca do 10% liczby osób ubezpieczonych)	28	8
4	Składka za 1 osobę	39,30 zł	51,50 zł
5	Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby	13 187,40 zł	

Tryb płatności składki: jednorazowo

Składka płatna jednorazowo gotówką/przelewem do dnia 2016-10-31.

Konto InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group: **94 1240 6960 7170 0012 5003 7406**.

Rata	Kwota	płatna w terminie
1	13 187,40 zł	2016-10-31

INTEGRALNĄ CZĘŚĆ UMOWY STANOWIĄ ZAŁĄCZNIKI:

imienna lista ubezpieczonych

OŚWIADCZENIA

- Wyrażam zgodę na odpłatne występowanie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group, o przekazanie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem się z warunkami umowy ubezpieczenia, doręczonymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia EDU Plus zatwierdzonymi uchwałą nr 01/29/03/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29.03.2016 roku oraz treścią Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu oraz z przysługującymi mi prawami a także sposobem i trybem rozpatrywania skarg i reklamacji zgłaszanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzecie, w tym danych dotyczących stanu mojego zdrowia, przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach i prawach wynikających z ustawy o ochronie danych osobowych, a w szczególności o poniższym:
 - administratorem moich danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
 - dane osobowe przekazywane są do Centrum Assistance - April Polska Assistance Sp. z o.o., 00-833 Warszawa, ul. Sienna 73, numer telefonu 22 212 20 12, który będzie udzielał świadczeń assistance medycznego,
 - mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem.

Informujemy, że obowiązek podania danych zawartych we wniosku, niezbędnych dla oceny ryzyka, wynika z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

ZAMBRÓW, 2016-09-29

Miejscowość, data

MARIUSZ KLIMASZEWSKI, 25/208/001

Podpis i pieczęć przedstawiciela
InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

ZAMBRÓW, 2016-09-29

Miejscowość, data

MARIUSZ KLIMASZEWSKI, 25/208/001

Podpis i pieczęć przedstawiciela
InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Przeglądaj swoje polisy już dzisiaj. Zarejestruj się w portalu Klienta: <https://klient.interrisk.pl>

InterRisk Kontakt 22 212 20 12



Wniosek/Polisa seria **EDU-A/P** numer **037406**

potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego EDU PLUS na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/29/03/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29 marca 2016 roku.

UBEZPIECZAJĄCY

OSOBA PRAWNA

Nazwa placówki: **SZKOŁA PODSTAWOWA NR 3 W ZAMBROWIE**
Rodzaj placówki: **szkoła podstawowa**
Adres: **UL. MAGAZYNOWA 13, 18-300 ZAMBRÓW**
Adres korespondencyjny: **UL. MAGAZYNOWA 13; 18-300 ZAMBRÓW POLSKA; POWIAT ZAMBROWSKI**
NIP: **723135878** Telefon stacjonarny: **862712641**
REGON: **450088510**
E-mail: **SP3KANCELARIA@POCZTA.ONET.PL** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZAJĄCY - OSOBA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko: **BOŻENA PRZEŹDZIECKA**
E-mail: **SP3DYREKTOR@POCZTA.ONET.PL**
Telefon stacjonarny: **668178657** Telefon komórkowy:

OKRES UBEZPIECZENIA

Data początku: **2016-10-01** Data końca: **2017-09-30**

ZAKRES UBEZPIECZENIA

OPCJA UBEZPIECZENIA	SUMA UBEZPIECZENIA
OPCJA OCHRONA PLUS	12 000,00 zł
ROZSZERZENIE ZAKRESU WYBRANEJ WYŻEJ OPCJI UBEZPIECZENIA O OPCJE DODATKOWE:	SUMA UBEZPIECZENIA
Opcja Dodatkowa D2 - oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1 500,00 zł
Opcja Dodatkowa D3 – odmrożenia	1 500,00 zł
Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	2 400,00 zł
Opcja Dodatkowa D5 - pobytu w szpitalu w wyniku choroby	2 400,00 zł
Opcja Dodatkowa D6 - poważne zachorowania (nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, transplantacja głównych organów, poliomyelitis, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane)	1 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D8 - operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	4 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D12 - zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca	1 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D13 - koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	2 000,00 zł
ŁĄCZNA SKŁADKA ZA OSOBĘ (PLN) (bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu):	39,30 zł
ŁĄCZNA SKŁADKA ZA OSOBĘ (PLN) (z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu):	51,50 zł

SKŁADKA

Lp.		Bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu	Z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu
1	Liczba ubezpieczonych (uczniowie)	245	71
2	Liczba ubezpieczonego personelu w placówce	36	0
3	Zniżka składki - liczba osób będąca w trudnej sytuacji (stanowiąca do 10% liczby osób ubezpieczonych)	28	8
4	Składka za 1 osobę	39,30 zł	51,50 zł
5	Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby	13 187,40 zł	

Tryb płatności składki: jednorazowo

Składka płatna jednorazowo gotówką/przelewem do dnia 2016-10-31.

Konto InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group: **94 1240 6960 7170 0012 5003 7406**.

Rata	Kwota	płatna w terminie
1	13 187,40 zł	2016-10-31

INTEGRALNĄ CZĘŚĆ UMOWY STANOWIĄ ZAŁĄCZNIKI:

imienna lista ubezpieczonych

OŚWIADCZENIA

- Wyrażam zgodę na odpłatne występowanie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group, o przekazanie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem się z warunkami umowy ubezpieczenia, doręczonymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia EDU Plus zatwierdzonymi uchwałą nr 01/29/03/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29.03.2016 roku oraz treścią Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu oraz z przysługującymi mi prawami a także sposobem i trybem rozpatrywania skarg i reklamacji zgłaszanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzecie, w tym danych dotyczących stanu mojego zdrowia, przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach i prawach wynikających z ustawy o ochronie danych osobowych, a w szczególności o poniższym:
 - administratorem moich danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
 - dane osobowe przekazywane są do Centrum Assistance - April Polska Assistance Sp. z o.o., 00-833 Warszawa, ul. Sienna 73, numer telefonu 22 212 20 12, który będzie udzielał świadczeń assistance medycznego,
 - mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem.

Informujemy, że obowiązek podania danych zawartych we wniosku, niezbędnych dla oceny ryzyka, wynika z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

ZAMBRÓW, 2016-09-29

Miejscowość, data

MARIUSZ KLIMASZEWSKI, 25/208/001

Podpis i pieczęć przedstawiciela
InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

ZAMBRÓW, 2016-09-29

Miejscowość, data

MARIUSZ KLIMASZEWSKI, 25/208/001

Podpis i pieczęć przedstawiciela
InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group

Czytelny podpis Ubezpieczającego