

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 **043897**

potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego EDU PLUS na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/24/04/2017 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 24 kwietnia 2017 roku.

UBEZPIECZAJĄCY

OSOBA PRAWNA

Nazwa placówki: **GIMNAZJUM IM. WŁADYSŁAWA STANISŁAWA REYMONTA W KLESZCZOWIE**
Rodzaj placówki: **gimnazjum** Jednostka oświatowa: **szkoła ponadgimnazjalna**
Adres: **UL. SPORTOWA 8, 97-410 KLESZCZÓW**
Adres korespondencyjny: **UL. SPORTOWA 8; 97-410 KLESZCZÓW POLSKA; POWIAT BEŁCHATOWSKI**
NIP: Telefon stacjonarny: **44 7313345**
REGON: **590710428**
E-mail: **SEKRETARIAT@GIMKLESZCZOW.PL** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZAJĄCY - OSOBA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko: **RYSZARD CIĄGŁO**
E-mail: **SEKRETARIAT@GIMKLESZCZOW.PL**
Telefon stacjonarny: **44 7313345** Telefon komórkowy:

OKRES UBEZPIECZENIA

Data początku: **2017-09-01** Data końca: **2018-08-31**

ZAKRES UBEZPIECZENIA

OPCJA UBEZPIECZENIA	SUMA UBEZPIECZENIA
OPCJA OCHRONA PLUS	23 000,00 zł
ROZSZERZENIE ZAKRESU WYBRANEJ WYŻEJ OPCJI UBEZPIECZENIA O OPCJE DODATKOWE:	SUMA UBEZPIECZENIA
Opcja Dodatkowa D3 - odmrożenia	5 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	10 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D5 - pobytu w szpitalu w wyniku choroby	9 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D6 - poważne zachorowania (nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, transplantacja głównych organów, poliomyelitis, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, anemlia aplastyczna, stwardnienie rozsiane)	2 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D8 - operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku	2 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D9 - operacje w wyniku choroby	2 000,00 zł
ŁĄCZNA SKŁADKA ZA OSOBĘ (PLN) (bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu):	40,00 zł

SKŁADKA

Lp.		Bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu	Z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu
1	Liczba ubezpieczonych (uczniowie)	143	
2	Liczba ubezpieczonego personelu w placówce	0	
3	Zniżka składki - liczba osób będąca w trudnej sytuacji (stanowiąca do 10% liczby osób ubezpieczonych)	14	
4	Składka za 1 osobę	40,00 zł	
5	Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby	5 160,00 zł	

Tryb płatności składki: Jednorazowo

Składka płatna jednorazowo gotówką/przelewem do dnia 2017-10-31.

Konto InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group: **19 1240 6960 7170 0012 5004 3897.**

Rata	Kwota	płatna w terminie
1	5 160,00 zł	2017-10-31

INTEGRALNĄ CZĘŚĆ UMOWY STANOWIĄ ZAŁĄCZNIKI:

Imienna lista ubezpieczonych

OŚWIADCZENIA

- Niniejszym oświadczam, że otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, w tym z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia EDU Plus zatwierdzonymi uchwałą nr 01/24/04/2017 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 24.04.2017 roku, wraz z informacją o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz treścią Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu oraz z przysługującymi mi prawami, a także informacją dotyczącą sposobu i trybu składania skarg i reklamacji zgłaszanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia oraz organu właściwego do ich rozpatrzenia.
- Ubezpieczający zobowiązuje się do doręczenia ubezpieczonym warunków umowy, w tym Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU Plus zatwierdzonych uchwałą nr 01/24/04/2017 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 24.04.2017 roku zawierających informację, o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej przed wyrażeniem przez nich zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową
- Wyrażam zgodę na odpłatne występowanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały lub będą udzielać 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 podanych przeze mnie 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. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzeciej, w tym danych dotyczących stanu mojego zdrowia, przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do celów związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że:
 - administratorem moich danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
 - celem zbierania danych jest zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia,
 - dane przekazywane będą do Centrum Assistance - numer telefonu 22 212 20 12, który będzie świadczył usługi assistance,
 - dane przekazywane będą do Centrum Telemedycyny wskazanego na stronie internetowej www.interrisk.pl, które będzie organizować usługi e-konsultacji
- Niniejsze Oświadczenie składam dobrowolnie.