

Wniosek do umowy ubezpieczenia grupowego

EDU PLUS

Wniosek do polisy seria: numer:

Po zaakceptowaniu niniejszego wniosku przez Towarzystwo staje się on notą pokrycia na warunkach jak niżej. Nota ważna jest od dnia 01.09.2024 r. do dnia 31.10.2024r. lub do dnia wystawienia polisy.

ISTEBNA 20.06.2024

miejsowość, data

JAROSŁAW PAJAK 04/200/001

tel. 502 750 3441, e-mail: jaroslaw.pajak@gmail.com

podpis przedstawiciela InterRisk S.A. Vienna Insurance Group

UBEZPIECZAJĄCY:

(nazwa żłobka, przedszkola, szkoły, uczelni itp.)

Adres: (kod pocztowy, miejscowość, ulica miejscowość, nr budynku)

adres e-mail

SPRISTEBNA@02.PL

telefon

NIP _____ REGON _____

I. Na podstawie znanych mi ogólnych warunków ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonymi uchwałą nr 01/27/03/2024 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27.03.2024 r oraz postanowień dodatkowych i odmiennych wnoszę o zawarcie grupowej umowy ubezpieczenia z początkiem odpowiedzialności InterRisk S.A. Vienna Insurance Group

01.09.2024

do 31.08.2025

Zakres ochrony i wysokość sum ubezpieczenia:

OPCJA UBEZPIECZENIA*	SUMA UBEZPIECZENIA		
	10.000	12.000	14.000
<input checked="" type="checkbox"/> OPCJA OCHRONA ¹ O- <input type="checkbox"/> Max Odpowiedzialność	28.600	34.350	38.500
Rozszerzenie zakresu wybranej wyżej Opcji ubezpieczenia o Opcje Dodatkowe D1-D16*:	SUMA UBEZPIECZENIA		
Śmierć w następstwie NNW w każdym miejscu pod opieką Placówki Oświatowej :			
• w następstwie NNW komunikacyjnego	50.000	60.000	70.000
• w następstwie NNW w tym zawał serca i udar mózgu	40.000	48.000	56.000
<input type="checkbox"/> Rozpoznanie u Ubezpieczonego sepsy	1.000	1.200	1.400
<input type="checkbox"/> Opcja Dodatkowa D1 – śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	20.000	24.000	28.000
<input type="checkbox"/> Opcja Dodatkowa D2 – oparzenia i odmrozenia w NNW	3.000	5.000	5.000
<input type="checkbox"/> Opcja Dodatkowa D4 – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	40 zł/dzień	40 zł/dzień	50 zł/dzień
<input type="checkbox"/> Opcja Dodatkowa D5 – pobyt w szpitalu w wyniku choroby	40 zł/dzień	40 zł/dzień	50 zł/dzień
<input type="checkbox"/> Opcja Dodatkowa D6 – poważne choroby	1.000	1.000	1.000
<input type="checkbox"/> Opcja Dodatkowa D8 – operacje w wyniku NNW- zgodnie z Tab. 8 OWU	1.000	1.000	1.000
<input type="checkbox"/> Opcja Dodatkowa D10 – Opcja Dodatkowa D10 – Koszty leczenia w NNW na terenie RP- w tym koszty. rehabilitacji, koszty operacji plastycznych koszty leków po pobycie w szpitalu	1.500	2.000	2.500
<input type="checkbox"/> Koszty leczenia stomatologicznego w NNW	500	500	800
• <u>Uciążliwe leczenie w wyniku NNW</u> - jednorazowe świadczenie- min 2 wizyty kontrolne u lekarza, lub 12 dni L4	150	150	150
<input type="checkbox"/> Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny	500	600	700
<input type="checkbox"/> <u>Zatrucia pokarmowe, nagłe zatrucie gazami, porażenie prądem lub piorunem-</u> (3 dni pobytu w szpitalu)	200	240	280
<input type="checkbox"/> PAKIET Kleszcz	1.500	1.500	1.500
<input type="checkbox"/> Opcja Dodatkowa – Koszty akcji poszukiwawczej dziecka	1.000	1.200	1.400
<input type="checkbox"/> Opcja Dodatkowa – zwrot kosztów porady psychologa	500	500	500
<input type="checkbox"/> Koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wskutek NNW	3.000	3.600	4.200
<input type="checkbox"/> <u>Opcja Hejt Stop</u>	5000	5000	5000
ŁĄCZNA SKŁADKA ZA 1 OSOBĘ SKŁADKA PODSTAWOWA OBEJMUJE WYCZYNOWE UPRAWIANIE SPORTU	50, /		

II. Wysokość składki rocznej – wypełnia przedstawiciel InterRisk S.A. Vienna Insurance Group:

1	Przewidywana liczba dzieci, uczniów, studentów*	60
2	Przewidywana liczba personelu	5
3	Przewidywana liczba osób zwolnionych z opłaty składki stanowiąca 5% lub 10%* liczby osób z poz. 1 + poz. 2	
4	Składka za osobę	50
5	Składka za wszystkie osoby ((poz.1 + poz.2) - poz.3) x poz.4	
6	Łączna składka do zapłaty	

III. Składka w wysokości _____ za wszystkie osoby zostanie przekazana do Oddziału InterRisk S.A. Vienna Insurance Group w Katowicach najpóźniej w terminie do 31.10.2024 roku.

IV. W roku szkolnym 2024/2025 przewidywana liczba dzieci, uczniów, studentów* wynosi _____ osób, a personelu _____ osób. Ostateczna liczba dzieci, uczniów, studentów* oraz personelu zostanie zgłoszona do ubezpieczenia w terminie do 31.10.2024 r. lub do dnia wystawienia polisy.

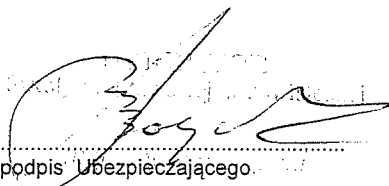
V. Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej: OC nauczycieli i pracowników SG:100.000;- ilość zgłoszonych do ubezpieczenia: _____
 Ubezpieczenie Ochrony Prawnej Dyrektora SU: 5.000zł, OC Dyrektor SG: 50.000; OC szkoły SU:50.000.

VI. Oświadczenia:

1. Ubezpieczający oświadcza że:

- 1) treść umowy i Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/27/03/2024 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 27.03.2024 roku oraz treść Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu została mi doręczona przed zawarciem umowy ubezpieczenia i po zapoznaniu się z treścią OWU i Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu składam niniejszy wniosek.

ISTEBA 20.06.2024
 miejscowość, data


 podpis Ubezpieczającego

POŚREDNICTWO UBEZPIECZENIOWE
 JAROSŁAW PAJAK
 43-300 Bielsko-Biała
 ul. Pokoju 46H/1
 tel. 502 750 344
 podległość podlega
 InterRisk S.A. Vienna Insurance Group

Informacja zgodna z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej Rozporządzeniem.

Administrator danych osobowych

Administratorem danych jest InterRisk TU SA Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22 (zwany dalej Administratorem lub InterRisk). Z Administratorem można się skontaktować poprzez adres email: sekretariat@InterRisk.pl, telefonicznie pod numerem 48 22 537 68 00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

Inspektor ochrony danych:

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować – we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych – poprzez email iod@interrisk.pl, telefonicznie pod numerem 48 22 537 68 00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

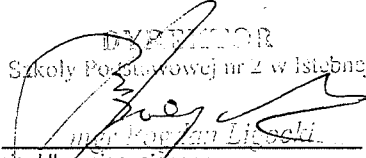
Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt b) i pkt c) oraz art. 9 ust 2 pkt

a) Rozporządzenia), - oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania Klientów przed zawarciem umowy (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt c), art. 9 ust 2 pkt a) oraz art. 22 ust 2 pkt c) Rozporządzenia), - marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług; w przypadku marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług opartego o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, podstawą przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 pkt a) w związku z art. 22 ust 2 pkt c) Rozporządzenia, - ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń, - ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem wydatkom nienależnych świadczeń (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest zapobieganie i ściganie przestępstw popełnianych na jego szkodę, - reasekuracji ryzyk (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem.

Informujemy, że obowiązek podania danych zawartych we wniosku, niezbędnych dla oceny ryzyka, wynika z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U z 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm.).

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 2
 ul. Marii Konopnickiej
 43-476 Ista-bia 30
 Regon 070665357, NIP 549-21-96-463
 tel.(33)855 60 41

DYREKTOR
 Szkoły Podstawowej nr 2 w Istebnej

 Podpis Ubezpieczającego

ISTEBA 20.06.2024
 Miejscowość, data

*niepotrzebne skreślić

Niniejszy wniosek nie zobowiązuje Klienta do zawarcia polisy, natomiast umożliwia skorzystanie z oferty jak wyżej.