

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

InterRisk Kontakt 22 575 25 25



Wniosek/Polisa seria **EDU-A/P** numer **087592**

potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego EDU PLUS na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/03/03/2020 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 3 marca 2020 roku.

UBEZPIECZAJĄCY

OSOBA PRAWNA

Nazwa placówki: **SAMORZĄDOWE PRZEDSZKOLE W WOŁOWICACH**
Rodzaj placówki: **przedszkole**
Adres: **1, 32-070 WOŁOWICE**
Adres korespondencyjny: **WOŁOWICE 1; 32-070 WOŁOWICE POLSKA; POWIAT KRAKOWSKI**
NIP: **9441798032** Telefon stacjonarny: **12/28002079**
REGON: **350530296**
E-mail: **SPRZEDSZKOLE@WP.PL** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZAJĄCY - OSOBA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko: **ALEKSANDRA BANACH**
E-mail: **SPRZEDSZKOLE@WP.PL**
Telefon stacjonarny: **12/28002079** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZENI: DZIECI, UCZNIOWIE, STUDENCI I PRACOWNICY: SAMORZĄDOWE PRZEDSZKOLE WOŁOWICACH

OKRES UBEZPIECZENIA

Data początku: **2020-09-01** Data końca: **2021-08-31**

ZAKRES UBEZPIECZENIA

OPCJA UBEZPIECZENIA			
OPCJA PODSTAWOWA			
Rodzaj świadczenia	Suma ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w %	Wysokość świadczenia w zł
1 Śmierć ubezpieczonego na terenie placówki oświatowej w wyniku NW	30 000,00 zł	dodatkowo 100% SU	60 000 zł (łącznie ze świadczeniem z pkt 2)
2 Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW (w tym również zawał serca i udar mózgu)		100% SU	30 000 zł
3 100% uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW		100% SU	30 000 zł
4 Poniżej 100% uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW		za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu - 1% SU	300 zł
5 Koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz koszty zakupu lub naprawy okularów lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku NW na terenie placówki oświatowej		do 30% SU w tym okulary korekcyjne i aparaty słuchowe - do 200 zł	do 9 000 zł w tym okulary korekcyjne i aparaty słuchowe - do 200 zł
6 Koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych w wyniku NW		do 30% SU	do 9 000 zł
7 Pogryzienie, pokąsanie, ukąszenie		jednorazowo 1% SU w przypadku pogryzienia lub 2% w przypadku pokąsania, ukąszenia	300 zł lub 600 zł
8 Rozpoznanie u Ubezpieczonego sepsy		jednorazowo 20% SU	6 000 zł
9 Śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie NW		jednorazowo 10% SU	3 000 zł
10 Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku padaczki		jednorazowo 1% SU	300 zł
11 Wstrząśnienie mózgu w wyniku NW		jednorazowo 1% SU	300 zł
12 Zatrucie pokarmowe lub nagle zatrucie gazami, bądź porażenie prądem lub piorunem		jednorazowo 5% SU	1 500 zł
13 Rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowica, toksoplazmoza, wścieklizna)		jednorazowo 5% SU	1 500 zł

ROZSZERZENIE ZAKRESU WYBRANEJ WYŻEJ OPCJI UBEZPIECZENIA O OPCJE DODATKOWE:	Suma ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w %	Wysokość świadczenia w zł
Opcja Dodatkowa D2 - oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	5 000,00 zł	II stopień - 10% SU; III stopień - 30% SU; IV stopień - 60% SU	500 zł lub 1 500 zł lub 2 500 zł
Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	4 000,00 zł	1% SU za każdy dzień (świadczenie płatne od 1 dnia pod warunkiem pobytu w szpitalu minimum 3 dni)	40 zł
Opcja Dodatkowa D5 - pobytu w szpitalu w wyniku choroby	2 500,00 zł	1% SU za każdy dzień (świadczenie od 3-go dnia pobytu)	25 zł
Opcja Dodatkowa D10 - koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1 500,00 zł	do 100% SU podlimit na rehabilitację 1 000 zł	do 1 500 zł
Opcje dodatkowe D18 - Koszty leków	500,00 zł	świadczenie zgodnie z OWU	do 500 zł
Opcja Dodatkowa D20 - Pakiet KLESZCZ i rozpoznanie boreliozy	1 500,00 zł	do 100% SU, w tym: a) zdiagnozowanie boreliozy do 1 000 zł, b) wizyta u lekarza do 150 zł, c) badania diagnostyczne do 150 zł, d) antybiotykoterapia do 200 zł	do 1 500 zł

SKŁADKA

Łączna składka za osobę (PLN) (uczniowie):	35,00 zł
Łączna składka za osobę (PLN) (pracownicy):	0,00 zł
Łączna składka za osobę (PLN) (dyrektorzy):	0,00 zł

Lp.		Uczniowie	Pracownicy	Dyrektorzy
1	Liczba ubezpieczonych	50		
2	Zniżka składki - liczba osób będąca w trudnej sytuacji (stanowiąca do 10% liczby osób ubezpieczonych)	0	-	-
3	Składka za 1 osobę	35,00 zł		
4	Składka łącznie	1 750,00 zł		
5	Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby		1 750,00 zł	

Tryb płatności składki: jednorazowo

Składka płatna jednorazowo gotówką/przelewem do dnia 2020-10-31.

Konto InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group: **65 1240 6960 7170 0012 5008 7592.**

Rata	Kwota	płatna w terminie
1	1 750,00 zł	2020-10-31

INTEGRALNĄ CZĘŚĆ UMOWY STANOWIĄ ZAŁĄCZNIKI:

imienna lista ubezpieczonych

OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, w tym z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Edu Plus zatwierdzonymi uchwałą nr 01/03/03/2020 oraz Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym oraz nauczycieli i dyrektorów placówek oświatowych w ramach oferty EDU Plus zatwierdzonych uchwałą nr 02/03/03/2020 Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej Vienna Insurance Group z dnia 3 marca 2020 roku ("Ogólne Warunki Ubezpieczenia"), informacją o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacją dotyczącą możliwości i procedury złożenia i rozpatrzenia skarg i reklamacji, organu właściwego do ich rozpatrzenia oraz pozasądowego rozpatrywania sporów.
- Oświadczam, że otrzymałem(am) ustandaryzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Jestem świadomy(ma), że dokument ten ma charakter informacyjny, a pełne informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia zostałem(am) poinformowany(na) o możliwości przeprowadzenia badania moich wymagań i potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Potwierdzam, że niniejsza umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, a także z wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej osób ubezpieczonych w przypadku gdy została zawarta na cudzy rachunek (w tym w formie ubezpieczenia grupowego).
- Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(na) o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego przez agenta lub osoby wykonujące czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od InterRisk TU Vienna Insurance Group informacji handlowo-marketingowych, w tym z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących – wybierając jako formę kontaktu: Wiadomości elektroniczne (w tym mail, sms/mms, komunikaty w serwisie internetowym); Rozmowę telefoniczną (w tym IVR).
- Może Pani/Pan wycofać każdą z powyższych opcjonalnych zgód w każdym momencie np. poprzez wysłanie wiadomości e-mail na adres sekretariat@interrisk.pl lub wysłanie podpisanego oświadczenia w formie papierowej na adres InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group ul. Noakowskiego 22 00-668 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania przed wycofaniem zgody.
- Informacja zgodna z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. 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 „RODO”.
Administrator danych osobowych
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest InterRisk TU SA Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (00-668), ul. Noakowskiego 22 (dalej jako „Administrator”, „InterRisk” lub „My”). Z InterRisk można się skontaktować poprzez adres email: sekretariat@interrisk.pl, telefonicznie pod numerem 48 22 537 68 00 lub pisemnie na adres siedziby wskazany wyżej.