

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 **031855**

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: **ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH I OGÓLNOKSZTAŁCĄCYCH W JAROSŁAWIU**
Rodzaj placówki: **szkoła ponadgimnazjalna**
Adres: **UL. ŚW. DUCHA 1, 37-500 JAROSŁAW**
Adres korespondencyjny: **UL. ŚW. DUCHA 1; 37-500 JAROSŁAW POLSKA; POWIAT JAROSŁAWSKI**
NIP: **7921881950** Telefon stacjonarny: **16 621 65 24**
REGON: **000180835**
E-mail: **SZKOLA@ZSTIOJAR.EDU.PL** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZAJĄCY - OSOBA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko: **ADAM TAMASZEWSKI**
E-mail: **SZKOLA@ZSTIOJAR.EDU.PL**
Telefon stacjonarny: **16 621 65 24** Telefon komórkowy:

OKRES UBEZPIECZENIA

Data początku: **2016-09-01** Data końca: **2017-08-31**

ZAKRES UBEZPIECZENIA

OPCJA UBEZPIECZENIA	SUMA UBEZPIECZENIA
OPCJA OCHRONA PLUS	16 000,00 zł
ROZSZERZENIE ZAKRESU WYBRANEJ WYŻEJ OPCJI UBEZPIECZENIA O OPCJE DODATKOWE:	SUMA UBEZPIECZENIA
Opcja Dodatkowa D2 - oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	3 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	4 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D5 - pobytu w szpitalu w wyniku choroby	4 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D10 - koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	3 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D13 - koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	3 000,00 zł
ŁĄCZNA SKŁADKA ZA OSOBĘ (PLN) (bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu):	43,00 zł

SKŁADKA

Lp.		Bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu	Z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu
1	Liczba ubezpieczonych (uczniowie)	840	
2	Liczba ubezpieczonego personelu w placówce	0	
3	Zniżka składki - liczba osób będąca w trudnej sytuacji (stanowiąca do 10% liczby osób ubezpieczonych)	84	
4	Składka za 1 osobę	43,00 zł	
5	Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby	32 508,00 zł	

Tryb płatności składki: jednorazowo

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

Konto InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group: **09 1240 6960 7170 0012 5003 1855**.

Rata	Kwota	płatna w terminie
1	32 508,00 zł	2016-10-31

INTEGRALNĄ CZĘŚĆ UMOWY STANOWIĄ ZAŁĄCZNIKI:

imienna lista ubezpieczonych

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE WPROWADZONE DO UMOWY UBEZPIECZENIA:

1. §2 pkt 68 otrzymuje brzmienie:
„68) wyczynowe uprawianie sportu – forma aktywności fizycznej podejmowana w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych, polegająca na uprawianiu przez Ubezpieczonego sportu:
a) poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach pozaszkolnych klubów, związków i organizacji sportowych,
b) podczas zajęć wychowania fizycznego odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji w klasach/szkołach sportowych.
W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu nie uważa się aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegającej na:
c) uprawianiu sportu podczas zajęć wychowania fizycznego odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji, za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony jest uczniem klasy lub szkoły sportowej,
d) udziale Ubezpieczonego w zawodach wewnętrznych lub międzyszkolnych, za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony jest uczniem klasy/szkoły sportowej
e) rekreacyjnym uprawianiu sportu,
f) uczestnictwie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych;
2. w § 2 dodaje się pkt. 74) w brzmieniu:
„74) przedstawiciel ustawowy – rodzic Ubezpieczonego posiadający władzę rodzicielską, przysposabiający lub opiekun Ubezpieczonego ustanowiony przez sąd opiekuńczy.”
3. §4 ust. 1 pkt 3 lit. f) i g) otrzymują brzmienie:
„f) śmierć przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
g) pogryzienia przez psa lub inne zwierzęta oraz pokąsania przez owady”
4. do §4 ust. 1 pkt 3 dodaje się lit. l) w brzmieniu:
„l) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.”
5. § 9 pkt. 6) otrzymuje brzmienie:
„6) w przypadku śmierci przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku - jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
6. §9 pkt)7) otrzymuje brzmienie:
„7) w przypadku pogryzienia przez psa lub inne zwierzęta oraz pokąsania przez owady - jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż Ubezpieczony przebywał w szpitalu minimum 24 godziny;”
7. §11 ust. 1 pkt 4 otrzymuje brzmienie:
„4) Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia;”
8. §11 ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie
„5) Opcja Dodatkowa D5 - pobyt w szpitalu w wyniku choroby – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby przysługuje maksymalnie za 60 dni pobytu w szpitalu. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.”
9. § 16 dodaje się pkt. 5 o treści:
„w stosunku do absolwentów szkół odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA trwa do dnia podjęcia przez nich pracy zawodowej lub rozpoczęcia nauki w innej szkole, nie dłużej jednak niż 3 miesiące, licząc od końca roku szkolnego, w którym Ubezpieczony ukończył szkołę. Jako ostateczny termin ukończenia szkoły przyjmuje się ostatni dzień ważności legitymacji szkolnej.”

OŚWIADCZENIA

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach i prawach wynikających z ustawy o ochronie danych osobowych, a w szczególności o poniższym:
 - 1) administratorem moich danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
 - 2) 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,
 - 3) 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.

PRZEWORSK, 2016-08-27

Miejscowość, data

PAWEŁ ZABŁOCKI, 29/327/004

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.

PRZEWORSK, 2016-08-27

Miejscowość, data

PAWEŁ ZABŁOCKI, 29/327/004

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 **031855**

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: **ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH I OGÓLNOKSZTAŁCĄCYCH W JAROSŁAWIU**
Rodzaj placówki: **szkoła ponadgimnazjalna**
Adres: **UL. ŚW. DUCHA 1, 37-500 JAROSŁAW**
Adres korespondencyjny: **UL. ŚW. DUCHA 1; 37-500 JAROSŁAW POLSKA; POWIAT JAROSŁAWSKI**
NIP: **7921881950** Telefon stacjonarny: **16 621 65 24**
REGON: **000180835**
E-mail: **SZKOLA@ZSTIOJAR.EDU.PL** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZAJĄCY - OSOBA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko: **ADAM TAMASZEWSKI**
E-mail: **SZKOLA@ZSTIOJAR.EDU.PL**
Telefon stacjonarny: **16 621 65 24** Telefon komórkowy:

OKRES UBEZPIECZENIA

Data początku: **2016-09-01** Data końca: **2017-08-31**

ZAKRES UBEZPIECZENIA

OPCJA UBEZPIECZENIA	SUMA UBEZPIECZENIA
OPCJA OCHRONA PLUS	16 000,00 zł
ROZSZERZENIE ZAKRESU WYBRANEJ WYŻEJ OPCJI UBEZPIECZENIA O OPCJE DODATKOWE:	SUMA UBEZPIECZENIA
Opcja Dodatkowa D2 - oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	3 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	4 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D5 - pobytu w szpitalu w wyniku choroby	4 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D10 - koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	3 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D13 - koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	3 000,00 zł
ŁĄCZNA SKŁADKA ZA OSOBĘ (PLN) (bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu):	43,00 zł

SKŁADKA

Lp.		Bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu	Z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu
1	Liczba ubezpieczonych (uczniowie)	840	
2	Liczba ubezpieczonego personelu w placówce	0	
3	Zniżka składki - liczba osób będąca w trudnej sytuacji (stanowiąca do 10% liczby osób ubezpieczonych)	84	
4	Składka za 1 osobę	43,00 zł	
5	Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby	32 508,00 zł	

Tryb płatności składki: jednorazowo

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

Konto InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group: **09 1240 6960 7170 0012 5003 1855**.

Rata	Kwota	płatna w terminie
1	32 508,00 zł	2016-10-31

INTEGRALNĄ CZĘŚĆ UMOWY STANOWIĄ ZAŁĄCZNIKI:

imienna lista ubezpieczonych

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE WPROWADZONE DO UMOWY UBEZPIECZENIA:

1. §2 pkt 68 otrzymuje brzmienie:
„68) wyczynowe uprawianie sportu – forma aktywności fizycznej podejmowana w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych, polegająca na uprawianiu przez Ubezpieczonego sportu:
a) poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach pozaszkolnych klubów, związków i organizacji sportowych,
b) podczas zajęć wychowania fizycznego odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji w klasach/szkołach sportowych.
W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu nie uważa się aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegającej na:
c) uprawianiu sportu podczas zajęć wychowania fizycznego odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji, za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony jest uczniem klasy lub szkoły sportowej,
d) udziale Ubezpieczonego w zawodach wewnątrzszkolnych lub międzyszkolnych, za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony jest uczniem klasy/szkoły sportowej
e) rekreacyjnym uprawianiu sportu,
f) uczestnictwie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych;
2. w § 2 dodaje się pkt. 74) w brzmieniu:
„74) przedstawiciel ustawowy – rodzic Ubezpieczonego posiadający władzę rodzicielską, przysposabiający lub opiekun Ubezpieczonego ustanowiony przez sąd opiekuńczy.”
3. §4 ust. 1 pkt 3 lit. f) i g) otrzymują brzmienie:
„f) śmierć przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
g) pogryzienia przez psa lub inne zwierzęta oraz pokąsania przez owady”
4. do §4 ust. 1 pkt 3 dodaje się lit. l) w brzmieniu:
„l) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.”
5. § 9 pkt. 6) otrzymuje brzmienie:
„6) w przypadku śmierci przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku - jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
6. §9 pkt)7) otrzymuje brzmienie:
„7) w przypadku pogryzienia przez psa lub inne zwierzęta oraz pokąsania przez owady - jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż Ubezpieczony przebywał w szpitalu minimum 24 godziny;”
7. §11 ust. 1 pkt 4 otrzymuje brzmienie:
„4) Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia;”
8. §11 ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie
„5) Opcja Dodatkowa D5 - pobyt w szpitalu w wyniku choroby – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby przysługuje maksymalnie za 60 dni pobytu w szpitalu. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.”
9. § 16 dodaje się pkt. 5 o treści:
„w stosunku do absolwentów szkół odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA trwa do dnia podjęcia przez nich pracy zawodowej lub rozpoczęcia nauki w innej szkole, nie dłużej jednak niż 3 miesiące, licząc od końca roku szkolnego, w którym Ubezpieczony ukończył szkołę. Jako ostateczny termin ukończenia szkoły przyjmuje się ostatni dzień ważności legitymacji szkolnej.”

OŚWIADCZENIA

1. 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.
2. 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.
3. 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 wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
4. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach i prawach wynikających z ustawy o ochronie danych osobowych, a w szczególności o poniższym:
 - 1) administratorem moich danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
 - 2) 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,
 - 3) 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.

PRZEWORSK, 2016-08-27

Miejscowość, data

PAWEŁ ZABŁOCKI, 29/327/004

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.

PRZEWORSK, 2016-08-27

Miejscowość, data

PAWEŁ ZABŁOCKI, 29/327/004

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

Czytelny podpis Ubezpieczającego