

Przełączając 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 145165

potwierdzając zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego EDU PLUS na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/27/03/2024 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 27 marca 2024 roku oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym oraz nauczycieli i dyrektorów placówek oświatowych w ramach oferty EDU Plus zatwierdzonych uchwałą nr 05/06/07/2021 Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej Vienna Insurance Group z dnia 6 lipca 2021 roku.

UBEZPIECZAJĄCY

OSOBA PRAWNA

Nazwa placówki: SZKOŁA PODSTAWOWA IM. ADAMA MICKIEWICZA W STRONIU
Rodzaj placówki: szkoła podstawowa
Adres: UL. STRONIE 2, 34-604 STRONIE
Adres korespondencyjny: UL. STRONIE 2; 34-604 STRONIE POLSKA; POWIAT LIMANOWSKI
NIP: 7371833212 Telefon stacjonarny: 18 333 68 20
REGON: 490674144
E-mail: SP.STRONIE@WP.PL Telefon komórkowy:

UBEZPIECZAJĄCY - OSOBA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko: KRZYSZTOF PYRDOŁ
E-mail: SP.STRONIE@WP.PL
Telefon stacjonarny: 18 333 68 20 Telefon komórkowy:

UBEZPIECZENI: DZIECI, UCZNIOWIE, STUDENCI I PRACOWNICY: SZKOŁA PODSTAWOWA W STRONIU

OKRES UBEZPIECZENIA

Data początku: 2024-09-01 Data końca: 2025-08-31

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	20 000 zł	dodatkowo 300% SU	80 000 zł (łącznie ze świadczeniem wskazanym w wierszu poniżej)
2. Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW		100% SU	20 000 zł
3. 100% uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW		100% SU	20 000 zł
4. Uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW		za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu - 1% SU	200 zł
5. Koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz koszty zakupu lub naprawy okularów lub aparatu słuchowego lub aparatu ortodontycznego lub pompy insulinowej uszkodzonych w wyniku NW na terenie placówki oświatowej		do 30% SU w tym: okulary korekcyjne, aparat słuchowy, aparat ortodontyczny, pompa insulinowa - do 300 zł	do 6 000 zł w tym: okulary korekcyjne, aparat słuchowy, aparat ortodontyczny, pompa insulinowa - do 300 zł
6. Koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych w wyniku NW		do 30% SU	do 6 000 zł
7. Pogryzienie lub pokąsanie/ukąszenie		jednorazowo 1% SU w przypadku pogryzienia lub 2% w przypadku pokąsania/ukąszenia	200 zł lub 400 zł
8. Rozpoznanie sepsy u Ubezpieczonego będącego dzieckiem		jednorazowo 10%, nie więcej niż 5 000 zł	2 000 zł
9. Śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie NW		jednorazowo 10% SU	2 000 zł
10. Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku padaczki		jednorazowo 1% SU	200 zł
11. Wstrząśnienie mózgu w wyniku NW		jednorazowo 1% SU	200 zł
12. Zatrucie pokarmowe lub nagle zatrucie gazami, bądź porażenie prądem lub piorunem		jednorazowo 2% SU	400 zł
13. Rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowica, toksoplazmoza, wścieklizna)		jednorazowo 5% SU	1 000 zł
14. Koszty akcji poszukiwawczej dziecka		do 10% SU	2 000 zł

ROZSZERZENIE ZAKRESU WYBRANEJ WYŻEJ OPCJI UBEZPIECZENIA O OPCJE DODATKOWE:	Suma ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w %	Wysokość świadczenia w zł
Opcja Dodatkowa D1 - Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	10 000,00 zł	100% SU	10 000 zł
Opcja Dodatkowa D2 - Oparzenia i odmrożenia	3 500,00 zł	II stopień - 10% SU; III stopień - 30% SU; IV stopień - 50% SU	350 zł lub 1 050 zł lub 1 750 zł
Opcja Dodatkowa D3 - Pobyty w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	4 000,00 zł	1% SU / dzień	40 zł
Opcja Dodatkowa D4 - Pobytu w szpitalu w wyniku choroby	4 000,00 zł	1% SU / dzień	40 zł
Opcja Dodatkowa D5 - Poważne Choroby	1 000,00 zł	100% SU	1 000 zł
Opcja Dodatkowa D8 - Koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1 000,00 zł	do 100% SU za wyjątkiem: - kosztów rehabilitacji do 50% SU - kosztów operacji plastycznych do 200% SU	do 1 000 zł, za wyjątkiem kosztów: - rehabilitacji do 500 zł - operacji plastycznych do 2 000 zł
Opcja Dodatkowa D10 - Koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1 000,00 zł	do 100% SU	do 1 000 zł
Opcja Dodatkowa D16 - 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
Hejt Stop	5 000,00 zł	Usługi wsparcia informatycznego, psychologicznego oraz prawnego w zakresie mowy nienawiści i bezpieczeństwa w sieci	zgodnie z OWU

Zakres ubezpieczenia obejmuje rozszerzenie o następstwa wyczynowego uprawiania sportu.

„JAK ZGŁOSIĆ SZKODĘ”

Wypełnij formularz zgłoszenia szkody dostępny w sekretariacie szkoły i zgłoś się do Biura Usługowego „Pro Calculo” Łącko 843, 33-390 Łącko, tel: 501 620 918 a pomożemy Ci zgłosić szkodę;

lub

1) *Internetowo – za pośrednictwem strony internetowej www.interrisk.pl link poniżej:*

<https://zgloszenie.interrisk.pl/assetclaim/new>

lub

2) *Pocztą tradycyjną – kompletną dokumentację należy wysłać na poniższy adres:*

Przegr. Pocztaowa nr 3334

40-610 Katowice 7

lub

3) *Pocztą elektroniczną – skany wymaganych dokumentów (wskazanych w § 21 OWU) należy przesłać na adres e-mail:*

szkody@interrisk.pl

lub

4) *Telefonicznie – na numer telefonu*

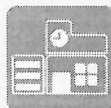
InterRisk Kontakt: (22) 575 25 25

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS

OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ
CZYTELNIE WSZYSTKIE PUNKTY ZAMIESZCZONE W CZĘŚCI „I”
NINIEJSZEGO FORMULARZA

I. Wypełnia Ubezpieczony / Uprawniony

1. UBEZPIECZAJĄCY



Nazwa placówki oświatowej
(w przypadku ubezpieczenia indywidualnego i rodzinnego – imię i nazwisko):

SZKOŁA PODSTAWOWA W STRONIU

Adres z kodem pocztowym: **STRONIE 2**

3 4 - 6 0 4 ŁUKOWICA

Nr telefonu: **18 333 68 20**

Adres e-mail: **sp.stronie@wp.pl**

pieczęć Ubezpieczającego

2. UBEZPIECZONY



Imię, nazwisko osoby, której dot. zgłaszane roszczenie:

Adres z kodem pocztowym:

.....

Nr telefonu:

Adres e-mail:

PESEL

.....

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego:

Nazwa, adres pocztowy, nr telefonu

Uprawiana dyscyplina sportu

Zawód wykonywany

3. UPRAWNIONY



Imię, nazwisko:

Adres z kodem pocztowym:

.....

Nr telefonu:

Adres e-mail:

OPIS ZDARZENIA

4. DATA I MIEJSCE WYPADKU / DATA UJAWNIENIA CHOROBY

.....

5. DATA ZGONU

.....

Czy została wykonana sekcja zwłok (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

6.

1) W przypadku nieszczęśliwego wypadku: przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2) Czy do zdarzenia doszło w związku z przynależnością Ubezpieczonego do klubu/zespołu sportowego, sekcji sportowej?

.....

3) W przypadku choroby: rozpoznanie, przebieg leczenia, nazwisko lekarza prowadzącego leczenie

.....
.....
.....
.....

7.

Czy narząd (-y) opisane w pkt. 6 był (-y) uszkodzony (-e) przed zajściem zdarzenia w wyniku wypadku lub choroby (zaznaczyć właściwe pole):

TAK NIE

8.

Czy Ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu (zaznaczyć właściwe pole):

TAK NIE

9.

Czy do wypadku doszło w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

samochodu motocyklu roweru inne

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia:

10.

Dane jednostki Policji/Prokuratury / Sądu jeżeli w sprawie prowadzone jest/było postępowanie: _____

11.

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku: _____

Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej.

12.

Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia

13.

Czy Ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach

innego ubezpieczenia? (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE Jeżeli tak, proszę podać numer polisy

14.

Do zgłoszenie roszczenia dołączono (zaznaczyć właściwe pole):

- karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia lekarskie,
- dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy oraz przebiegu leczenia,
- notatkę z Policji/dokument potwierdzający rozstrzygnięcie podjęte przez Prokuraturę/Sąd w postępowaniu toczącym się w przedmiotowej sprawie
- akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
- inne dokumenty _____

15.

Proszę wskazać numer rachunku bankowego, na który ma zostać wypłacone świadczenie¹:



OŚWIADCZENIA

1. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i werykacją podanych przeze mnie 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.

Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej.

TAK NIE

2. Czy wyraża Pan / Pani zgodę na komunikowanie się z Panem / Panią w formie elektronicznej?

Dokumenty, które zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa powinny zostać przesłane na piśmie, zostaną wysłane na adres e-mail podany przez Pana / Panią w części I niniejszego formularza.

TAK NIE

3. Czy chciałby Pan / chciałyby Pani otrzymywać odpowiedzi na reklamacje pocztą elektroniczną na adres e-mail podany przez Pana / Panią w części I niniejszego formularza?

TAK NIE

4. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

miejsowość, dnia

podpis Ubezpieczonego / Uprawnionego

¹ W razie woli otrzymania świadczenia przekazem pocztowym prosimy o wpisanie w miejscu przeznaczonym na numer rachunku bankowego słowa „PRZEKAZ”



Informacja zgodna 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:

- wykonania umowy ubezpieczenia w zakresie likwidacji szkody (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt c), art. 9 ust 2 pkt f lub pkt g) Rozporządzenia),
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych ze zgłoszoną szkodą (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 wypłatom 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.

Kategorie przetwarzanych danych osobowych

W procesie likwidacji szkody będą przetwarzane następujące Pani / Pana dane osobowe: imię nazwisko, dane adresowe, dane kontaktowe, nr PESEL, dane o stanie zdrowia

Okres przechowywania danych

Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń wynikających ze zgłoszonej szkody lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

Odbiorcy danych

Pani / Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom upoważnionym do pozyskania danych osobowych na podstawie szczególnych przepisów prawa, zakładom reasekuracji, a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu dochodzenia należności, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom świadczącym usługi w zakresie likwidacji szkód, podmiotom archiwizującym lub usuwającym dane – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

Przekazywanie danych poza EOG

Pani / Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom znajdującym się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani / Panu prawo do:

- dostępu do Pani / Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani / Pana danych osobowych (w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora) - w szczególności prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz prolowania,
- przenoszenia danych osobowych (w zakresie, w jakim Pani / Pana dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany i przetwarzanie to odbywa się na podstawie zgody lub na podstawie zawartej z Administratorem umowy), tj. do otrzymania od Administratora Pani / Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego); może Pani / Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych,
- prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tzn. do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są powyżej.

Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacji zgłoszonej szkody – bez podania danych osobowych likwidacja szkody nie jest możliwa.

II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

Seria i numer polisy: EDU-A/P 145165		pieczęć Ubezpieczającego
Okres ubezpieczenia: od 0 1 - 0 9 - 2 0 2 4 do 3 1 - 0 8 - 2 0 2 5		
Suma ubezpieczenia: 20 000 zł słownie: dwadzieścia tysięcy zł 00/100		
Wariant ubezpieczenia		
Imię i nazwisko Ubezpieczonego:		
Rozszerzenie o wycynowe uprawianie sportu (zaznaczyć właściwe pole): <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Informacja o okolicznościach zdarzenia - uraz podczas / w ramach:		
<input type="checkbox"/> obowiązkowych zajęć szkolnych <input type="checkbox"/> szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych		
<input type="checkbox"/> zawodów (jakich?) <input type="checkbox"/> pozaszkolnych klubów sportowych <input type="checkbox"/> inne		
Data urodzenia: [][] - [][] - [][][][]		
Wysokość składki: zł słownie		
Składkę opłacono do dnia: [][] - [][] - [][][][]		

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....
miejsowość, dnia

.....
podpis Ubezpieczającego

pola wyboru oznaczyć znakiem X