

ANEKS NR 0001/P z dnia 12.10.2017
do Wniosku/Polisy seria EDU-A/P numer 040107



UBEZPIECZAJĄCY

OSOBA PRAWNA

Nazwa placówki: **ZESPÓŁ SZKÓŁ NR 19**
Rodzaj placówki: **zespół szkół** Jednostka oświatowa: **zespół szkół**
Adres: **UL. ADAMA GRZYMAŁY-SIEDLECKIEGO 11, 85-868 BYDGOSZCZ**
Adres korespondencyjny: **UL. ADAMA GRZYMAŁY-SIEDLECKIEGO 11; 85-868 BYDGOSZCZ POLSKA; POWIAT BYDGOSZCZ**
NIP: Telefon stacjonarny: **52 371 13 26**
REGON: **093054207**
E-mail: **INTEGRACJA38@POCZTA.ONET.PL** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZAJĄCY - OSOBA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko: **KRYSTYNA MURAWSKA**
E-mail: **INTEGRACJA38@POCZTA.ONET.PL**
Telefon stacjonarny: **52 371 13 26** Telefon komórkowy:

OSTATECZNA LICZBA OSÓB UBEZPIECZONYCH:

Lp.		Bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu	Z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu
1	Liczba ubezpieczonych (uczniowie)		748
2	Liczba ubezpieczonego personelu w placówce		10
3	Zniżka składki - liczba osób będąca w trudnej sytuacji (stanowiąca do 10% liczby osób ubezpieczonych)		24
4	Składka za 1 osobę za rok		48,00 zł
5	Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby za rok	35 232,00 zł	
6	Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby za 2 lata	79 565,60 zł	

ZAKRES UBEZPIECZENIA

OPCJA UBEZPIECZENIA	SUMA UBEZPIECZENIA
OPCJA PODSTAWOWA	14 000,00 zł
ROZSZERZENIE ZAKRESU WYBRANEJ WYŻEJ OPCJI UBEZPIECZENIA O OPCJE DODATKOWE:	SUMA UBEZPIECZENIA
Opcja Dodatkowa D1 - śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	7 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D2 - oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	2 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D3 - odmrożenia	2 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	5 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D5 - pobytu w szpitalu w wyniku choroby	5 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D6 - poważne zachorowania (nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, transplantacja głównych organów, poliomyelitis, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane)	2 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D10 - koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	10 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D12 - zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca	5 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D13 - koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	10 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D14 - uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku	14 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D15 - Assistance EDU PLUS	5 000,00 zł
ŁĄCZNA SKŁADKA ZA OSOBĘ (PLN) ZA ROK (z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu):	48,00 zł

SKŁADKA

Tryb płatności składki: w dwóch ratach

I rata płatna gotówką/przelewem do dnia 2017-10-31.

Konto InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group: **14 1240 6960 7170 0012 5004 0107**

Rata	Kwota	płatna w terminie
1	35 232,00 zł	2017-10-31
2	44 333,60 zł	2018-10-31

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 trzecie, 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.

ZESPÓŁ SZKÓŁ nr 19
ul. A. Grzymały-Siedleckiego 11
85-868 BYDGOSZCZ
tel. 052 371 13 26
NIP 953-24-31-952

ALEKSANDER WRÓŃSKI UBEZPIECZENIA
86-065 ŁOCHOWO, ul. Brzozowa 25
NIP 570270315 REGON 092493436
tel. 502 192 123

ALEKSANDER WRÓŃSKI, 02/665/001

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

DYREKTOR SZKOŁY
Beata Mendry
mgr Beata Mendry

Czytelny podpis Ubezpieczającego

BYDGOSZCZ, 2017-10-12

Miejscowość, data