

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

InterRisk Kontakt 22 575 25 25



21200065392483

Wniosek/Polisa seria EDU-A/P numer 082310

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: SZKOŁA PODSTAWOWA W RASZCZYCACH  
Rodzaj placówki: szkoła podstawowa  
Adres: UL. SZKOLNA 3, 47-435 RASZCZYCE  
Adres korespondencyjny: UL. SZKOLNA 3; 47-435 RASZCZYCE POLSKA; POWIAT RYBNICKI  
NIP: Telefon stacjonarny: 324300075  
REGON: 001191746  
E-mail: SP.RASZCZYCE@LYSKI.PL Telefon komórkowy:

## UBEZPIECZAJĄCY - OSOBA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko: GIZELA CAPEK  
E-mail: SP.RASZCZYCE@LYSKI.PL  
Telefon stacjonarny: 324300075 Telefon komórkowy:

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

## 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	25 500,00 zł	dodatkowo 100% SU	51 000 zł (łącznie ze świadczeniem z pkt 2)
2		100% SU	25 500 zł
3		100% SU	25 500 zł
4		za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu - 1% SU	255 zł
5		do 30% SU w tym okulary korekcyjne i aparaty słuchowe - do 200 zł	do 7 650 zł w tym okulary korekcyjne i aparaty słuchowe - do 200 zł
6		do 30% SU	do 7 650 zł
7		jednorazowo 1% SU w przypadku pogryzienia lub 2% w przypadku pokąsania, ukąszenia	255 zł lub 510 zł
8		jednorazowo 20% SU	5 100 zł
9		jednorazowo 10% SU	2 550 zł
10		jednorazowo 1% SU	255 zł
11		jednorazowo 1% SU	255 zł
12		jednorazowo 5% SU	1 275 zł
13		jednorazowo 5% SU	1 275 zł

ROZSZERZENIE ZAKRESU WYBRANEJ WYŻEJ OPCJI UBEZPIECZENIA O OPCJE DODATKOWE:	Suma ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w %	Wysokość świadczenia
Opcja Dodatkowa D1 - śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	5 000,00 zł	100% SU	5 000 zł
Opcja Dodatkowa D2 - oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1 000,00 zł	II stopień - 10% SU; III stopień - 30% SU; IV stopień - 50% SU	100 zł lub 300 zł lub 500 zł
Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	10 000,00 zł	1% SU za każdy dzień (świadczenie płatne od 1 dnia pod warunkiem pobytu w szpitalu minimum 3 dni)	100 zł
Opcja Dodatkowa D5 - pobytu w szpitalu w wyniku choroby	10 000,00 zł	1% SU za każdy dzień (świadczenie od 3-go dnia pobytu)	100 zł
Opcja Dodatkowa D6 - Poważne choroby (nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomielitis, utrata wzroku, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, choroby autoimmunologiczne, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, transplantacja głównych organów)	1 000,00 zł	100% SU	1 000 zł
Opcja Dodatkowa D10 - koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	3 000,00 zł	do 100% SU podlimit na rehabilitację 1 000 zł	do 3 000 zł
Opcja Dodatkowa D15 - Assistence EDU PLUS (korepetycje, pomoc psychologa, pomoc informatyczna, pomoc medyczna)	5 000,00 zł	świadczenia zgodnie z OWU	zgodnie z OWU
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):	50,00 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	100		
2	Zniżka składki - liczba osób będąca w trudnej sytuacji (stanowiąca do 10% liczby osób ubezpieczonych)	0	-	-
3	Składka za 1 osobę	50,00 zł		
4	Składka łącznie	5 000,00 zł		
5	Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby	5 000,00 zł		

Tryb płatności składki: jednorazowo

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

Konto InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group: **89 1240 6960 7170 0012 5008 2310.**

Rata	Kwota	płatna w terminie
1	5 000,00 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 z 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.