

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 **041271**

potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego EDU PLUS na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/24/04/2017 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 24 kwietnia 2017 roku.

UBEZPIECZAJĄCY

OSOBA PRAWNA

Nazwa placówki: **PRZEDSZKOLE NR 8 "PLUSZOWY MISIACZEK"**
Rodzaj placówki: **przedszkole**
Adres: **UL. KAPITAŃSKA 15, 81-249 GDYNIA**
Adres korespondencyjny: **UL. KAPITAŃSKA 15; 81-249 GDYNIA POLSKA; POWIAT GDYNIA**
NIP: **5861755257** Telefon stacjonarny: **586203679**
REGON: **221140721**
E-mail: **PRZEDSZKOLAKI8@INTERIA.PL** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZAJĄCY - OSOBA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko: **VIOLETTA ILNICKA**
E-mail: **PRZEDSZKOLAKI8@INTERIA.PL**
Telefon stacjonarny: **586203679** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZENI: DZIECI, UCZNIOWIE, STUDENCI I PRACOWNICY: PRZEDSZKOLE NR 8 "PLUSZOWY MISIACZEK"

OKRES UBEZPIECZENIA

Data początku: **2017-09-01** Data końca: **2018-08-31**

ZAKRES UBEZPIECZENIA

OPCJA UBEZPIECZENIA	SUMA UBEZPIECZENIA
OPCJA PODSTAWOWA	20 000,00 zł
ROZSZERZENIE ZAKRESU WYBRANEJ WYŻEJ OPCJI UBEZPIECZENIA O OPCJE DODATKOWE:	SUMA UBEZPIECZENIA
Opcja Dodatkowa D1 - śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	20 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D2 - oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	8 000,00 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)	1 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D10 - koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	10 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D13 - koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	5 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D14 - uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku	5 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D15 - Assistance EDU PLUS	5 000,00 zł
ŁĄCZNA SKŁADKA ZA OSOBĘ (PLN) (bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu):	38,00 zł

SKŁADKA

Lp.		Bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu	Z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu
1	Liczba ubezpieczonych (dzieci)	127	
2	Liczba ubezpieczonego personelu w placówce	0	
3	Zniżka składki - liczba osób będąca w trudnej sytuacji (stanowiąca do 10% liczby osób ubezpieczonych)	12	
4	Składka za 1 osobę	38,00 zł	
5	Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby		4 370,00 zł

Tryb płatności składki: jednorazowo

Składka płatna jednorazowo gotówką/przelewem do dnia 2017-10-31.

Konto InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group: **14 1240 6960 7170 0012 5004 1271**.

Rata	Kwota	płatna w terminie
1	4 370,00 zł	2017-10-31

INTEGRALNĄ CZĘŚĆ UMOWY STANOWIĄ ZAŁĄCZNIKI:

imienna lista ubezpieczonych

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE WPROWADZONE DO UMOWY UBEZPIECZENIA:

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE
OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS
zatwierdzonych uchwałą nr 01/24/04/2017 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 24.04.2017 r.

Działając na podstawie art. 812 § 8 k.c. InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group wskazuje różnice pomiędzy treścią oferty/umowy ubezpieczenia a OWU EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/24/04/2017 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 24.04.2017 r.

§ 1

Dla potrzeb niniejszej oferty/umowy ubezpieczenia wprowadza się następujące postanowienia dodatkowe lub odmiennie od OWU EDU PLUS:

1.§ 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, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu będzie trwał minimum 3 dni. 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 w ciągu okresu ubezpieczenia. 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;”

2.§ 6 pkt. 5) otrzymuje brzmienie:

„5) W przypadku śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – jednorazowe świadczenie w wysokości:
a)10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku śmierci jednego z opiekunów prawnych lub rodziców
b)30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku śmierci obojga opiekunów prawnych lub rodziców w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku,
pod warunkiem, iż nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest w przypadku, o którym mowa w lit. b) powyżej do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia, a w przypadku o którym mowa w lit. b) powyżej do jednego zdarzenia w okresie ubezpieczenia.”

3.w § 6 dodaje się pkt. 8) w brzmieniu:

„8) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się na terenie szkoły i w następstwie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego – świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
a)nieszczęśliwy wypadek wydarzył się na terenie szkoły i podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
b)śmierć nastąpiła w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku,
c)zajście nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej.”

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.

GDYNIA, 2017-08-24

Miejscowość, data

ANNA SALIJ-KACZKOWSKA, 11/593/001

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.

GDYNIA, 2017-08-24

Miejscowość, data

ANNA SALIJ-KACZKOWSKA, 11/593/001

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

Czytelny podpis Ubezpieczającego

ANTIDOTUM PLUS – dla Twojego Dziecka
Opieka medyczna na wysokim poziomie

Teraz już
od 65 zł
miesięcznie!

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 **041271**

potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego EDU PLUS na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/24/04/2017 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 24 kwietnia 2017 roku.

UBEZPIECZAJĄCY

OSOBA PRAWNA

Nazwa placówki: **PRZEDSZKOLE NR 8 "PLUSZOWY MISIACZEK"**
Rodzaj placówki: **przedszkole**
Adres: **UL. KAPITAŃSKA 15, 81-249 GDYNIA**
Adres korespondencyjny: **UL. KAPITAŃSKA 15; 81-249 GDYNIA POLSKA; POWIAT GDYNIA**
NIP: **5861755257** Telefon stacjonarny: **586203679**
REGON: **221140721**
E-mail: **PRZEDSZKOLAKI8@INTERIA.PL** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZAJĄCY - OSOBA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko: **VIOLETTA ILNICKA**
E-mail: **PRZEDSZKOLAKI8@INTERIA.PL**
Telefon stacjonarny: **586203679** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZENI: DZIECI, UCZNIOWIE, STUDENCI I PRACOWNICY: PRZEDSZKOLE NR 8 "PLUSZOWY MISIACZEK"

OKRES UBEZPIECZENIA

Data początku: **2017-09-01** Data końca: **2018-08-31**

ZAKRES UBEZPIECZENIA

OPCJA UBEZPIECZENIA	SUMA UBEZPIECZENIA
OPCJA PODSTAWOWA	20 000,00 zł
ROZSZERZENIE ZAKRESU WYBRANEJ WYŻEJ OPCJI UBEZPIECZENIA O OPCJE DODATKOWE:	SUMA UBEZPIECZENIA
Opcja Dodatkowa D1 - śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	20 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D2 - oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	8 000,00 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)	1 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D10 - koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	10 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D13 - koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	5 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D14 - uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku	5 000,00 zł
Opcja Dodatkowa D15 - Assistance EDU PLUS	5 000,00 zł
ŁĄCZNA SKŁADKA ZA OSOBĘ (PLN) (bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu):	38,00 zł

SKŁADKA

Lp.		Bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu	Z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu
1	Liczba ubezpieczonych (dzieci)	127	
2	Liczba ubezpieczonego personelu w placówce	0	
3	Zniżka składki - liczba osób będąca w trudnej sytuacji (stanowiąca do 10% liczby osób ubezpieczonych)	12	
4	Składka za 1 osobę	38,00 zł	
5	Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby		4 370,00 zł

Tryb płatności składki: jednorazowo

Składka płatna jednorazowo gotówką/przelewem do dnia 2017-10-31.

Konto InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group: **14 1240 6960 7170 0012 5004 1271**.

Rata	Kwota	płatna w terminie
1	4 370,00 zł	2017-10-31

INTEGRALNĄ CZĘŚĆ UMOWY STANOWIĄ ZAŁĄCZNIKI:

imienna lista ubezpieczonych

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE WPROWADZONE DO UMOWY UBEZPIECZENIA:

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE
OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS
zatwierdzonych uchwałą nr 01/24/04/2017 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 24.04.2017 r.

Działając na podstawie art. 812 § 8 k.c. InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group wskazuje różnice pomiędzy treścią oferty/umowy ubezpieczenia a OWU EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/24/04/2017 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 24.04.2017 r.

§ 1

Dla potrzeb niniejszej oferty/umowy ubezpieczenia wprowadza się następujące postanowienia dodatkowe lub odmiennie od OWU EDU PLUS:

1.§ 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, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu będzie trwał minimum 3 dni. 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 w ciągu okresu ubezpieczenia. 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;”

2.§ 6 pkt. 5) otrzymuje brzmienie:

„5) W przypadku śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – jednorazowe świadczenie w wysokości:
a)10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku śmierci jednego z opiekunów prawnych lub rodziców
b)30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku śmierci obojga opiekunów prawnych lub rodziców w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku,
pod warunkiem, iż nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest w przypadku, o którym mowa w lit. b) powyżej do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia, a w przypadku o którym mowa w lit. b) powyżej do jednego zdarzenia w okresie ubezpieczenia.”

3.w § 6 dodaje się pkt. 8) w brzmieniu:

„8) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się na terenie szkoły i w następstwie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego – świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
a)nieszczęśliwy wypadek wydarzył się na terenie szkoły i podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
b)śmierć nastąpiła w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku,
c)zajście nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej.”

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.

GDYNIA, 2017-08-24

Miejscowość, data

ANNA SALIJ-KACZKOWSKA, 11/593/001

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.

GDYNIA, 2017-08-24

Miejscowość, data

ANNA SALIJ-KACZKOWSKA, 11/593/001

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

Czytelny podpis Ubezpieczającego

ANTIDOTUM PLUS – dla Twojego Dziecka
Opieka medyczna na wysokim poziomie

Teraz już
od 65 zł
miesięcznie!