



## WNIOSKOPOLISA INTER Partner seria POC\_T numer 57759089

Niniejszym dokumentem Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. a Ubezpieczającym. Szczegóły dotyczące zakresu i przedmiotu ubezpieczenia znajdują się na kolejnych stronach polisy.

### INFORMACJE O POŚREDNIKU

| NR ID Pośrednika | Imię i nazwisko lub nazwa                          | NR ID. O.W.C.A | Imię i nazwisko O.W.C.A | Kontynuacja polisy: | Oddział:         |
|------------------|--|----------------|-------------------------|---------------------|------------------|
| 54175            | PCU POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 54173          | KAROLINA FIGURA         | NIE PODANO          | ODDZIAŁ WARSZAWA |

### UBEZPIECZAJĄCY

LUBELSKA UNIA SPORTU  
NIP: 7122802371  
Adres:  
ANNY WAŁENTYNOWICZ 34  
20-328 LUBLIN

### UBEZPIECZONY

LUBELSKA UNIA SPORTU  
NIP: 7122802371  
Adres:  
ANNY WAŁENTYNOWICZ 34  
20-328 LUBLIN

### WARUNKI UMOWY

Okres ubezpieczenia: od dnia 30-01-2018 (godz. 00:00) do dnia 29-01-2019 (godz. 23:59)      Łączna kwota składki: 1 200,00 PLN

Składka płatna: Jednorazowo      Sposób płatności:  gotówka  przelew  DotPay

Kwota: 1 200,00 PLN

Kwota słownie: jeden tysiąc dwieście złotych, 00/100

Termin płatności: 13-02-2018

Numer konta bankowego, na który należy dokonać wpłaty za polisę: 84 1050 0099 7306 3200 5775 9089

CENTRUM ZGŁASZANIA SZKÓD  
801 888 997 lub +48 22 333 77 88 (dla połączeń z tel. kom)  
(godz. 09:00 - 17:00, od poniedziałku do piątku)  
odszkodowanie@interpolska.pl

CENTRUM ASSISTANCE  
+48 22 563 11 83  
(czynne całą dobę, cały rok: 24h/24h, 7d/7d)

CENTRUM ASYSTY PRAWNEJ  
+48 22 333 77 00  
(czynne całą dobę, cały rok: 24h/24h, 7d/7d)  
interpolska@opiekaprawna.pl

## WNOSKOPOLISA INTER Partner seria POC\_T numer 57759089

### UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Następstw Nieszczęśliwych Wypadków zatwierdzonych Uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 68/2015 z dnia 22 grudnia 2015 r. i zmienionych Aneksami nr 1 zatwierdzonym uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 94/2016 z dnia 30 grudnia 2016 r.

|                                   |                            |                      |          |
|-----------------------------------|----------------------------|----------------------|----------|
| Suma Ubezpieczenia w PLN          | 5 000,00                   | Składka roczna w PLN | 1 200,00 |
| Wariant polisy                    | Grupowa                    |                      |          |
| Liczba ubezpieczonych             | 100                        |                      |          |
| w tym osoby powyżej 70 roku życia | 0                          |                      |          |
| Zakres ochrony                    | Pracowniczy                |                      |          |
| Klasa ryzyka                      | Klasa III                  |                      |          |
| Wariant ubezpieczenia             | Wariant III proporcjonalny |                      |          |

### POSTANOWIENIA DODATKOWE

**UBEZPIECZENI uczestnicy zawodów i obozów sportowych organizowanych przez Lubelską Unie Sportu**

### PRZEBIEG UBEZPIECZENIA

Przebieg ubezpieczenia  Nowy Klient - pierwsza polisa

### POSTANOWIENIA DODATKOWE LUB ODMIENNE

Nr zgody BUM: ZOMAJ-2858

#### Oświadczenie Ubezpieczyciela:

– Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A., (Administradora danych) z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, w celu oceny ryzyka, obsługi wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji ryzyk oraz w celach analitycznych. Ponadto Pani/Pana dane osobowe, z wyłączeniem danych wrażliwych takich jak np. informacje o stanie zdrowia i nalagach, mogą być przetwarzane przez Towarzystwo w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, jak również prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych w celach marketingowych. Jednocześnie informujemy, że w celach związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia i w zakresie niezbędnym dla ich realizacji podane dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom, w szczególności reasekuratorowi i podmiotom wykonującym działalność leczniczą. W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana dobrowolnej zgody Pani/Pana dane osobowe, z wyłączeniem danych wrażliwych, zostaną udostępnione do Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 w celach marketingowych i analitycznych na potrzeby rozwoju produktów i usług własnych tego podmiotu.

#### Zgody i oświadczenia Ubezpieczającego:

– Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałam/am, zapoznałam/am się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wskazanych w treści niniejszej wnioskopolisy.  
 – Oświadczam, że zapoznałam/am się z informacjami dotyczącymi umowy ubezpieczenia, w zakresie rodzajów ryzyk objętych umową ubezpieczenia, warunków ochrony ubezpieczeniowej i wyłączeń z jej zakresu, zasad dotyczących finansowania ochrony ubezpieczeniowej oraz możliwych przyczyn odmowy wypłaty świadczenia.  
 – Oświadczam, że podane przeze mnie we wnioskopolisie dane są aktualne, prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zatajenia lub podania nieaktualnych lub nieprawdziwych danych odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. jest ograniczona zgodnie z art. 815 § 3 Kodeksu cywilnego. Zobowiązuję się informować Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.  
 – Oświadczam, że otrzymałam / otrzymałem informację dotyczącą procedury składania i rozpatrywania reklamacji w Towarzystwie Ubezpieczeń INTER Polska S.A., na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 05.08.2015r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz. U. z 2015 r., poz. 1348) oraz sposobu i trybu rozpatrywania skarg i zażaleń, na podstawie art. 26 pkt 3 ustawy z dnia 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844).

#### Oświadczenie Ubezpieczającego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej:

– Zwolniam lekarzy, lekarzy dentyistów oraz inne osoby wykonujące zawód medyczny z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, również w przypadku mojej śmierci oraz upoważniam je, aby udzieliły Towarzystwu Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji dokumentów wniesionych w związku z realizacją świadczenia (podstawa prawna: art. 40 ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r., o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 464 ze zm.).  
 – Wyrażam również zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172, wniesionych przeze mnie dokumentów (rachunki, zwolnienia i zaświadczenia lekarskie, karty choroby itp.) oraz dokumentów wydawanych przez placówki medyczne i osoby wykonujące zawód medyczny.

#### Zgody Ubezpieczającego:

– Wyrażam dobrowolnie zgodę na udostępnianie moich danych osobowych (z wyłączeniem danych wrażliwych), Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 w celach analitycznych i marketingowych.  
 – Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. oraz od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.\* informacji handlowych poprzez urządzenia telekomunikacyjne, a w przypadku wyboru elektronicznej formy komunikacji (e-mail, lub SMS/MMS) także z użyciem tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:

wiadomości e-mail  
 TAK  NIE

wiadomości SMS/MMS  
 TAK  NIE

rozmowę telefoniczną  
 TAK  NIE

\* Zgoda na otrzymywanie informacji handlowych od TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. jest skuteczna jedynie w przypadku udzielenia zgody na udostępnianie danych do tego podmiotu w celach marketingowych.

Data Ubezpieczający

29-01-2018



TU INTER Polska S.A.

POC POLSKA S.A. S.P. z o.o.  
 ul. Jerozolimskie 172, 02-486 Warszawa  
 NIP 527 275 90 07 REGON 14250453

Zgodnie z §17 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 marca 2011 r. (dz. U. Nr68 poz. 360) niniejsza polisa stanowi fakturę