



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 WALENTYNOWICZ 34
20-328 LUBLIN

UBEZPIECZONY

LUBELSKA UNIA SPORTU
NIP: 7122802371
Adres:
ANNY WALENTYNOWICZ 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., (Administratora 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 wnoskopolisy.
 – 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 wnoskopolisie 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