

InterRisk TU S.A.  
Vienna Insurance Group  
Oddział w Łodzi  
ul. Łąkowa 29, 90-554 Łódź  
tel. (42) 634-55-50, fax.

**InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**  
**Vienna Insurance Group**

Oddział w Łodzi [3]  
90-554 Łódź, ul. Łąkowa 29  
tel. (042) 634 55 51, fax (042) 634 55 60  
NIP 526-00-38-806

**ANEKS NR 0001/P z dnia 20.09.2021**  
**do Wniosku/Polisy seria EDU-A/P numer 098217**

**InterRisk**

VIENNA INSURANCE GROUP



21200077311503

**UBEZPIECZAJĄCY**

OSOBA PRAWNA

Nazwa placówki: ZESPÓŁ SZKÓŁ EDUKACJI TECHNICZNEJ IM. MARSZAŁKA JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO  
Rodzaj placówki: zespół szkół  
Adres: UL. WARECKA 41, 91-212 ŁÓDŹ Jednostka oświatowa: zespół szkół  
Adres korespondencyjny: UL. WARECKA 41; 91-212 ŁÓDŹ POLSKA; POWIAT ŁÓDŹ  
NIP: 9471100378  
REGON: 000179625 Telefon stacjonarny: 42 652-18-60  
E-mail: SEKRETARIAT@ZSP20.ELODZ.EDU.PL Telefon komórkowy:

**UBEZPIECZAJĄCY - OSOBA DO KONTAKTU**

Imię i nazwisko: AGNIESZKA PIETRZAK  
E-mail: SEKRETARIAT@ZSP20.ELODZ.EDU.PL  
Telefon stacjonarny:  
Telefon komórkowy: 793 420-710

**UBEZPIECZENI: DZIECI, UCZNIOWIE, STUDENCI I PRACOWNICY: ZSET**

**OSTATECZNA LICZBA OSÓB UBEZPIECZONYCH:**

| Lp. |                                                                                                       | Uczniowie    | Pracownicy | Dyrektorzy |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|------------|
| 1   | Liczba ubezpieczonych (uczniowie)                                                                     |              |            |            |
| 2   | Zniżka składki - liczba osób będąca w trudnej sytuacji (stanowiąca do 10% liczby osób ubezpieczonych) | 370          |            |            |
| 3   | Składka za 1 osobę                                                                                    |              |            |            |
| 4   | Składka łącznie                                                                                       | 50,00 zł     |            |            |
| 5   | Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby                                                          | 18 500,00 zł |            |            |
|     |                                                                                                       | 18 500,00 zł |            |            |

## ZAKRES UBEZPIECZENIA

| OPCJA UBEZPIECZENIA                                                                                                                                                                |                    |                                                                                                   |                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| OPCJA PODSTAWOWA                                                                                                                                                                   |                    |                                                                                                   |                                                                     |
| Rodzaj świadczenia                                                                                                                                                                 | Suma ubezpieczenia | Wysokość świadczenia w %                                                                          | Wysokość świadczenia w zł                                           |
| 1. Śmierć ubezpieczonego na terenie placówki oświatowej w wyniku NW                                                                                                                | 25 000 zł          | dodatkowo 100% SU                                                                                 | 50 000 zł (łącznie ze świadczeniem z pkt 2)                         |
| 2. Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW (w tym również zawał serca i udar mózgu)                                                                                                      |                    | 100% SU                                                                                           | 25 000 zł                                                           |
| 3. 100% uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW                                                                                                                                          |                    | 100% SU                                                                                           | 25 000 zł                                                           |
| 4. Poniżej 100% uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW                                                                                                                                  |                    | za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu - 1% SU                                                         | 250 zł                                                              |
| 5. Koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz koszty zakupu lub naprawy okularów lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku NW na terenie placówki oświatowej |                    | do 30% SU w tym okulary korekcyjne i aparaty słuchowe - do 200 zł                                 | do 7 500 zł w tym okulary korekcyjne i aparaty słuchowe - do 200 zł |
| 6. Koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych w wyniku NW                                                                                                         |                    | do 30% SU                                                                                         | do 7 500 zł                                                         |
| 7. Pogryzienie, pokąsanie, ukąszenie                                                                                                                                               |                    | jednorazowo 1% SU w przypadku pogryzienia lub 2% w przypadku pokąsania, ukąszenia                 | 250 zł lub 500 zł                                                   |
| 8. Rozpoznanie u Ubezpieczonego sepsy                                                                                                                                              |                    | jednorazowo 20% SU                                                                                | 5 000 zł                                                            |
| 9. Śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie NW                                                                                                            |                    | jednorazowo 10% SU                                                                                | 2 500 zł                                                            |
| 10. Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku padaczki                                                                                                                                  |                    | jednorazowo 1% SU                                                                                 | 250 zł                                                              |
| 11. Wstrząśnienie mózgu w wyniku NW                                                                                                                                                |                    | jednorazowo 1% SU                                                                                 | 250 zł                                                              |
| 12. Zatrucie pokarmowe lub nagłe zatrucie gazami, bądź porażenie prądem lub piorunem                                                                                               |                    | jednorazowo 5% SU                                                                                 | 1 250 zł                                                            |
| 13. Rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowica, toksoplazmoza, wścieklizna)                                                                                      |                    | jednorazowo 5% SU                                                                                 | 1 250 zł                                                            |
| ROZSZERZENIE ZAKRESU WYBRANEJ WYŻEJ OPCJI UBEZPIECZENIA O OPCJE DODATKOWE:                                                                                                         | Suma ubezpieczenia | Wysokość świadczenia w %                                                                          | Wysokość świadczenia w zł                                           |
| Opcja Dodatkowa D2 - oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku                                                                                                                    | 5 000,00 zł        | II stopień - 10% SU; III stopień - 30% SU; IV stopień - 50% SU                                    | 500 zł lub 1 500 zł lub 2 500 zł                                    |
| Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku                                                                                                             | 5 000,00 zł        | 1% SU za każdy dzień (świadczenie płatne od 1 dnia pod warunkiem pobytu w szpitalu minimum 3 dni) | 50 zł                                                               |
| Opcja Dodatkowa D5 - pobytu w szpitalu w wyniku choroby                                                                                                                            | 5 000,00 zł        | 1% SU za każdy dzień (świadczenie od 3-go dnia pobytu)                                            | 50 zł                                                               |
| Opcja Dodatkowa D10 - koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku                                                                                                             | 5 000,00 zł        | do 100% SU podlimit na rehabilitację 1 000 zł                                                     | do 5 000 zł                                                         |
| Opcja Dodatkowa D15 - Assistance EDU PLUS (korepetycje, pomoc psychologa, pomoc informatyczna, pomoc medyczna)                                                                     | 5 000,00 zł        | świadczenia zgodnie z OWU                                                                         | zgodnie z OWU                                                       |

### SKŁADKA

Tryb płatności składki: jednorazowo

Składka płatna jednorazowo gotówką/przelewem do dnia 2021-10-31.

Konto InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group: **19 1240 6960 7170 0012 5009 8217**.

| Rata | Kwota        | płatna w terminie |
|------|--------------|-------------------|
| 1    | 18 500,00 zł | 2021-10-31        |

### 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 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna 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, 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 poinformowany 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.
- Ubezpieczający zobowiązuje się do doręczenia ubezpieczonym warunków umowy, w tym Ogólnych Warunków Ubezpieczenia 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 odpłatne występowanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udziela mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia;
- 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, które będzie świadczyło usługi assistance,
  - mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
  - podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową,
  - dane przekazywane będą do Centrum Telemedycyny wskazanego na stronie internetowej [www.interrisk.pl](http://www.interrisk.pl), które będzie organizować usługi e-konsultacji.
- Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie.

Specjalista  
w Zespole Ubezpieczeń Korporacyjnych  
*A. Mroczek*  
Aleksandra Mroczek

ALEKSANDRA MROCZEK, 11/934/001

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

Dyrektor  
Zespołu Szkół Edukacji Technicznej  
*Dorota Stefaniak*  
mgr Dorota Stefaniak

Czytelny podpis Ubezpieczającego

ŁÓDŹ, 2021-09-20

Miejscowość, data