

## Grupowe ubezpieczenie „Strefa NNW szkolne”

| DANE POLISY            |                               | UBEZPIECZAJĄCY              |  |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|
| Okres ubezpieczenia:   | 01.09.2020 r. - 31.08.2021 r. | Zespół Szkół Zakonu Pijarów |  |
| Liczba ubezpieczonych: | 250                           | Os.Jana III Sobieskiego 114 |  |
| Forma ubezpieczenia:   | polisa imienna - link         | 61-614 Poznań               |  |

| TWÓJ AGENT  |
|---|
| Przemysław Mielcarek, nr 11765<br>tel. +48601747459 |

| WARIANT UBEZPIECZENIA    | LICZBA UBEZPIECZONYCH |
|--------------------------|-----------------------|
| Pakiet Komfort, wersja A | 100                   |
| Pakiet Komfort, wersja A | 50                    |
| Pakiet Plus, wersja A    | 50                    |
| Pakiet Max, wersja A     | 50                    |

| ZAKRES UBEZPIECZENIA - Pakiet Komfort, wersja A                 | SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY        |
|---|------------------------------------|
| Suma ubezpieczenia  | 12 000 zł                          |
| Uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku                          | 120 zł za 1% uszczerbku na zdrowiu |
| Koszty leczenia powstałe w wyniku Wypadku                       | do 1 200 zł                        |
| Wstrząśnienie mózgu w wyniku Wypadku                            | 400 zł                             |
| Pogryzienie Ubezpieczonego Dziecka przez psa lub inne zwierzęta | 400 zł                             |
| Powtórna opinia medyczna  | Odpowiadamy za 1 zdarzenie         |
| Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku epilepsji                  | 200 zł/odpowiadamy za 1 zdarzenie  |
| Ochrona Ubezpieczonego dziecka w sieci                          | odpowiadamy za 2 zdarzenia         |
| Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku          | 6 000 zł                           |

| ZAKRES UBEZPIECZENIA - Pakiet Komfort, wersja A                     | SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY  |
|---|--|
| Suma ubezpieczenia  | 15 000 zł  |
| Uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku                              | 150 zł za 1% uszczerbku na zdrowiu   |
| Koszty leczenia powstałe w wyniku Wypadku                           | do 1 500 zł  |
| Wstrząśnienie mózgu w wyniku Wypadku                                | 400 zł   |
| Pogryzienie Ubezpieczonego Dziecka przez psa lub inne zwierzęta     | 400 zł   |
| Powtórna opinia medyczna  | Odpowiadamy za 1 zdarzenie   |
| Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku epilepsji                      | 200 zł/odpowiadamy za 1 zdarzenie  |
| Ochrona Ubezpieczonego dziecka w sieci                              | odpowiadamy za 2 zdarzenia   |
| Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku              | 7 500 zł   |
| Poważne zachorowanie oraz Świadczenie assistance – pomoc w chorobie | 10 000 zł oraz do 2 000 zł na 1 Poważne zachorowanie, z uwzględnieniem limitów wskazanych w o.w.u. |

| ZAKRES UBEZPIECZENIA - Pakiet Plus, wersja A                    | SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY        |
|---|------------------------------------|
| Suma ubezpieczenia  | 18 000 zł                          |
| Uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku                          | 180 zł za 1% uszczerbku na zdrowiu |
| Koszty leczenia powstałe w wyniku Wypadku                       | do 2 700 zł                        |
| Wstrząśnienie mózgu w wyniku Wypadku                            | 400 zł                             |
| Pogryzienie Ubezpieczonego Dziecka przez psa lub inne zwierzęta | 400 zł                             |
| Powtórna opinia medyczna  | Odpowiadamy za 1 zdarzenie         |
| Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku epilepsji                  | 200 zł/odpowiadamy za 1 zdarzenie  |

### KONTAKT DO NAS

tel.:+48 224 224 224

email: [pmu.szukody@mondial-assistance.pl](mailto:pmu.szukody@mondial-assistance.pl)

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000028261, NIP 525-15-65-015, REGON 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 377 241 000 złotych (wpłacony w całości).

|   |  |
|---|--|
| Ochrona Ubezpieczonego dziecka w sieci  | odpowiadamy za 2 zdarzenia   |
| Świadczenia assistance po Wypadku   | do 2 000 zł na 1 Wypadek, z uwzględnieniem limitów wskazanych w o.w.u.                             |
| Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w szpitalu/ hotelu w przypadku pobytu Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu w wyniku Wypadku | do 100 zł/ max 14 dni na 1 Wypadek   |
| Pobyt w Szpitalu w wyniku Wypadku   | 45 zł za dzień/do 180 dni  |
| Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku  | 9 000 zł   |
| Poważne zachorowanie oraz Świadczenie assistance – pomoc w chorobie   | 10 000 zł oraz do 2 000 zł na 1 Poważne zachorowanie, z uwzględnieniem limitów wskazanych w o.w.u. |

#### ZAKRES UBEZPIECZENIA - Pakiet Max, wersja A

#### SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY

|   |  |
|---|--|
| Suma ubezpieczenia  | 20 000 zł  |
| Uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku  | 200 zł za 1% uszczerbku na zdrowiu   |
| Koszty leczenia powstałe w wyniku Wypadku   | do 3 000 zł  |
| Wstrząśnienie mózgu w wyniku Wypadku  | 400 zł   |
| Pogryzienie Ubezpieczonego Dziecka przez psa lub inne zwierzęta   | 400 zł   |
| Powtórna opinia medyczna  | Odpowiadamy za 1 zdarzenie   |
| Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku epilepsji  | 200 zł/odpowiadamy za 1 zdarzenie  |
| Ochrona Ubezpieczonego dziecka w sieci  | odpowiadamy za 2 zdarzenia   |
| Świadczenia assistance po Wypadku   | do 2 000 zł na 1 Wypadek, z uwzględnieniem limitów wskazanych w o.w.u.                             |
| Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w szpitalu/ hotelu w przypadku pobytu Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu w wyniku Wypadku | do 100 zł/ max 14 dni na 1 Wypadek   |
| Pobyt w Szpitalu w wyniku Wypadku   | 50 zł za dzień/do 180 dni  |
| Nagłe zachorowanie Ubezpieczonego skutkujące hospitalizacją   | 400 zł/ odpowiadamy za 2 zdarzenia   |
| Rehabilitacja   | do 2 000 zł  |
| Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku  | 10 000 zł  |
| Poważne zachorowanie oraz Świadczenie assistance – pomoc w chorobie   | 10 000 zł oraz do 2 000 zł na 1 Poważne zachorowanie, z uwzględnieniem limitów wskazanych w o.w.u. |

#### DANE PŁATNOŚCI

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <b>Składka do zapłaty - jednorazowo</b> | <b>13 500 zł</b>                 |
| Termin płatności                        | 31.10.2020 r.                    |
| Forma płatności                         | Przelew                          |
| Numer konta                             | 68 1240 6960 9522 1606 0000 1933 |

#### OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

(1)Przyjmuję do wiadomości, że ubezpieczenie jest skierowane do osób, które nie ukończyły 25 roku życia, uczących się w szkołach lub przebywających w placówkach oświatowych, zamieszkałych na terytorium Polski.

(2)Oświadczam, że:

1. przeprowadzono badanie moich wymagań i potrzeb w celu weryfikacji czy proponowana umowa jest z nimi zgodna w zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Przekazano mi również dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (kartę produktu) oraz dokument informacyjny zawierający informacje, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (DZ.U. z 2017 r. poz.2486).

2. wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z moją najlepszą wiedzą.

3. doręczono mi Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia „Strefa NNW szkolne” zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 70/2020 z dnia 12 sierpnia 2020 r. oraz Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 187/2015 wraz a Aneksem nr 1 zatwierdzonym uchwałą Zarządu nr 155/2018 oraz Klauzulę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej pracowników oświaty zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 188/2015.

4. zobowiązuję się doręczyć pełną treść warunków niniejszej umowy ubezpieczenia oraz Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia „Strefa NNW szkolne” zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 70/2020 z dnia 12 sierpnia 2020 r. oraz Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 187/2015 wraz a Aneksem nr 1 zatwierdzonym uchwałą Zarządu nr 155/2018 oraz Klauzulę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej pracowników oświaty zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 188/2015 osobom zainteresowanym przystąpieniem do niniejszej umowy (ich przedstawicielom

ustawowym w odniesieniu do osób niepełnoletnich), w każdym przypadku przed wyrażeniem przez takie osoby zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej z tego tytułu.

5. zobowiązuje się poinformować osoby zainteresowane przystąpieniem do umowy (ich przedstawiciele ustawowych w odniesieniu do osób niepełnoletnich) o treści niniejszej umowy i doręczyć im pełny tekst warunków umowy, w tym przekazać im na piśmie lub za ich zgodą na innym trwałym nośniku, informacje o postanowieniach określających przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń, a także ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające nas do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia, a także wyraźnie poinformować ich o obowiązkach wynikających z umowy.

## PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. (Administradora), z siedzibą przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych.

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: [IOD@allianz.pl](mailto:IOD@allianz.pl), lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie Internetowej [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl), we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

### **Podanie przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:**

- zawarcia umowy ubezpieczenia - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy
- wykonania umowy ubezpieczenia - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy
- złożenia propozycji zawarcia umowy na kolejny okres ubezpieczenia - podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny okres
- analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania - podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości - podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze
- przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym - podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia - podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń
- reasekuracji ryzyk - podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) umiejscowionym w Indiach, które to państwo nie zostało uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Przekazanie danych osobowych ww. podmiotom odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, przez co podlegają odpowiednim zabezpieczeniom w zakresie ochrony prywatności oraz praw i wolności osoby, których dotyczą. Kopia standardowych klauzul umownych może być uzyskana od Administratora.

Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W pozostałym zakresie podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji AWP Health & Life SA, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen, France; Allianz SE, Königinstrasse 28, D-80802 München, Germany; General Reinsurance AG, Vienna Branch, Wächtergasse 1, 1010 Vienna Austria; AWP P&C S.A Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, Polska; Partner Reinsurance Europe SE Zurich Branch, Bellerivestrasse 36, 8034 Zurich, Switzerland; Sogécap, Tour D2, 17 bis place des Reflets, 92919 Paris La Défense Cedex, France. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuruje daną umowę ubezpieczenia.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, podmiotom świadczącym usługi prawne, placówkom medycznym, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznaczą Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym

dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, warsztatom naprawczym, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

**Przysługuje Pani/Panu prawo do:**

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby złożenia propozycji zawarcia umowy na kolejny okres ubezpieczenia oraz profilowania
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
- przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przesłać innemu administratorowi danych

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej.

**Jeżeli dane są nieaktualne, możesz je poprawić. Zrób to u swojego agenta.**

---

Zaakceptowany przez Ubezpieczającego niniejszy dokument stanowi wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia. Po akceptacji tego dokumentu w imieniu Allianz będzie stanowił on (po spełnieniu dodatkowych warunków rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej) polisę potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia w zakresie wyżej opisanym.

---

Poznań 2020-08-31

Miejscowość i data

Podpis Ubezpieczającego

**Allianz** 

Przemysław Mielcarek

Podpis przedstawiciela TUIB Allianz Polska S.A.  
Tel: 601 747459

Link do opłacenia skłódki przez rodzica:

<https://nnwdlaszkoly.pl/standard/aUuk13>