

# Wniosek-polisa (oryginał) Ubezpieczenie Pakiet OŚWIATA

Seria i numer **PWC237176**

INFOLINIA I ZGŁOSZENIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69

CENTRUM ALARMOWE: +48 22 501 33 33



Agent: **2100186077**

Wiener Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Pakiet OŚWIATA zgodnie z przeprowadzonym i udokumentowanym poniżej badaniem potrzeb klienta oraz wnioskiem z dnia **2023-06-20**.

Rodzaj umowy  Umowa nowa  Umowa kontynuowana

Okres Ubezpieczenia od **2023-09-01** do **2024-08-31** 24:00

Forma ubezpieczenia Grupowa

Ubezpieczeni **Osoby, które przystąpiły do umowy ubezpieczenia**

## Ubezpieczający

**SZKOŁA PODSTAWOWA IM.KS.J.POCZĄTKA W WADOWICACH DOLNYCH**

Nazwa

**WIEŚ WADOWICE DOLNE**

Adres stałego zamieszkania

**65**

Nr domu

Nr lokalu

**WADOWICE DOLNE**

Miejscowość

**39-308**

Kod pocztowy

**PODKARPACKIE**

Województwo

**MIELECKI**

Powiat

**001202496**

Nr REGON

**146668352**

Telefon kontaktowy

**sp.wadowice\_dolne@wp.pl**

Adres e-mail

## Ubezpieczony

**SZKOŁA PODSTAWOWA IM.KS.J.POCZĄTKA W WADOWICACH DOLNYCH**

Nazwa

**WIEŚ WADOWICE DOLNE**

Adres stałego zamieszkania

**65**

Nr domu

Nr lokalu

**WADOWICE DOLNE**

Miejscowość

**39-308**

Kod pocztowy

**PODKARPACKIE**

Województwo

**MIELECKI**

Powiat

**001202496**

Nr REGON

**146668352**

Telefon kontaktowy

**sp.wadowice\_dolne@wp.pl**

Adres e-mail

ŚWIADCZENIA PODSTAWOWE		
Suma ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NW)		15 000 zł
Zakres ubezpieczenia		Suma ubezpieczenia/Suma gwarancyjna /Limit
1.	Świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu, w tym nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił wskutek aktu terroru, za 1% uszczerbku na zdrowiu	150 zł
2.	Dodatkowe świadczenie progresywne wypłacane w przypadku orzeczenia uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku w przedziale od 61% do 100%	3 000 zł
3.	Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku NW wynosi 100% sumy ubezpieczenia następstw NW z wyjątkami:	15 000 zł
a)	jeżeli śmierć w wyniku NW, który nastąpił na terenie placówki oświatowej - wypłacimy dodatkowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie NW	15 000 zł
b)	jeżeli śmierć nastąpiła wskutek aktu terroru – wypłacimy uprawnionemu wyłącznie świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie NW	7 500 zł
4.	Jednorazowe świadczenie z tytułu pokrycia kosztów pogrzebu Ubezpieczonego	2 000 zł
5.	Zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych	do 3 000 zł
6.	Zasiłek z tytułu niezdolności do nauki lub pracy z powodu NW; wypłacamy go jeżeli okres niezdolności do nauki lub pracy trwa dłużej niż 31 dni	300 zł
7.	Świadczenie edukacyjne z tytułu niezdolności do nauki wypłacane za 7 szkolnych dni nieobecności, max. za 35 szkolnych dni nieobecności	100 zł
8.	Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę wypłacane ubezpieczonemu, który na skutek nieszczęśliwego wypadku doznał uszczerbku na zdrowiu powyżej 50%	5% należnego świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu
9.	Świadczenie z tytułu pogryzienia przez zwierzęta, gdy zdarzenie wymaga interwencji lekarskiej w placówce medycznej	400 zł
10.	Świadczenie z tytułu ukąszenia przez owady i pajęczaki (z wyjątkiem ugryzienia przez kleszcza); wypłacamy je jeżeli w związku ze zdarzeniem ubezpieczony przebywa w szpitalu co najmniej 24 godziny	400 zł
11.	Świadczenie z tytułu ugryzienia przez kleszcza; wypłacamy je, jeżeli w następstwie ugryzienia przez kleszcza zdiagnozowano u ubezpieczonego boreliozę lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych	1000 zł
12.	Zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego	do 3 000 zł
13.	Zwrot kosztów operacji plastycznych, w celu usunięcia skutków lub oszpeceń nieszczęśliwego wypadku	do 10000 zł
14.	zwrot kosztów wycieczki szkolnej - gdy w wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony nie może w niej uczestniczyć	do 1000 zł
15.	uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki pod warunkiem, że padaczka została rozpoznana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia	150 zł
16.	Świadczenia Assistance – pomoc medyczna	Zgodnie z klauzulą świadczeń podstawowych
17.	Świadczenia Assistance – cyberbezpieczeństwo w sieci	Zgodnie z klauzulą świadczeń podstawowych
18.	Świadczenia Assistance – specjalistyczna zdalna pomoc psychologiczna oraz prawna	Zgodnie z klauzulą świadczeń podstawowych

## ŚWIADCZENIA DODATKOWE

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia/Suma gwarancyjna /Limit
Klauzula 1 - Koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków wariant standardowy Są to koszty: 1) wizyt lekarskich, zabiegów ambulatoryjnych i operacji; 2) zakupu lekarstw i środków opatrunkowych; 3) transportu z miejsca wypadku do szpitala lub ambulatorium. 4) badań diagnostycznych, 5) leczenia usprawniającego – rehabilitacji; 6) odbudowy stomatologicznej zębów,	1 500 zł
7) uszkodzenia okularów korekcyjnych, aparatów słuchowych i aparatów ortodontycznych	300 zł
8) zakwaterowania rodzica lub opiekuna w przypadku hospitalizacji dziecka – świadczenie maksymalnie za 10 dni zakwaterowania	100 zł za dzień, nie więcej niż 1000 zł
Klauzula 2 - Pobyt w szpitalu Świadczenie szpitalne maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu; jest wypłacane z tytułu każdorazowego pobytu w szpitalu w wyniku tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego, przy czym w razie pierwszego pobytu w szpitalu świadczenie jest wypłacane: 1) w przypadku hospitalizacji w związku z nieszczęśliwym wypadkiem - od 1. dnia pobytu w szpitalu; 2) w przypadku hospitalizacji w związku z chorobą - od 3. dnia pobytu w szpitalu; 3) w przypadku kolejnych hospitalizacji w związku z tym samym zdarzeniem (nieszczęśliwym wypadkiem albo chorobą) – od 1-go dnia pobytu w szpitalu.	limit na pobyt w szpitalu wskutek NW: 100 zł za dzień, nie więcej niż 9000 zł limity na pobyt w szpitalu wskutek choroby: 50 zł za dzień, nie więcej niż 4500 zł
Klauzula 5 - Poważne zachorowanie lub operacja chirurgiczna ubezpieczonego 1) poważne zachorowanie a) choroba nowotworowa złośliwa; b) niewydolność nerek; c) porażenie kończyn; d) przeszczep organu; e) utrata wzroku; f) utrata słuchu; g) cukrzyca typu 1; h) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C; i) borelioza lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych; j) sepsa;	2 000 zł
2) operacja chirurgiczna przy co najmniej dwudniowym pobycie w szpitalu	500 zł
wycięcie migdałków od pierwszego dnia pobytu w szpitalu	250 zł
3) śmierć ubezpieczonego w wyniku choroby nowotworowej złośliwej	7 500 zł
Klauzula 6 - Interwencja lekarska wskutek nieszczęśliwego wypadku 1) interwencja lekarska wskutek nieszczęśliwego wypadku i braku orzeczenia uszczerbku na zdrowiu	150 zł
2) zadośćuczynienie za ból odczuwany przez ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli pobyt w szpitalu trwa co najmniej 24 godziny	100 zł

Ubezpieczenie OC	Suma gwarancyjna
Klauzula 7 - Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej placówki oświatowej	50 000 zł
Klauzula 8 - Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nauczyciela, wychowawcy lub innego pracownika pedagogicznego liczba ubezpieczonych nauczycieli 20	50 000 zł
Klauzula 9 - Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej dyrektora placówki oświatowej	50 000 zł

**Składka za ubezpieczenie za jednego ubezpieczonego**

50,00 zł

**Składka za ubezpieczenie OC**

100,00 zł

**Składka do zapłaty po zniżkach i zwyczajach**

7 900,00 zł

**Sposób płatności**

Płatność  jednorazowo  w .....ratach

Forma płatności  gotówka  karta płatnicza (terminal własny)  karta płatnicza (TubaPay)

przelew **86 1240 6960 4539 1623 0323 7176** płatne do dnia **2023-11-30**  
nr konta .....

Raty I rata II rata

Wysokość rat w zł **7 900,00 zł** .....

Termin płatności rat **2023-11-30** .....

Data Data

Potwierdzam odbiór  składki  I raty składki w kwocie ..... słownie złotych

**Badanie potrzeb klienta** 1. Dla jakiej placówki chcesz zawrzeć umowę ubezpieczenia?

- żłobek  
 przedszkole  
 szkoła podstawowa  
 szkoła średnia

- szkoła wyższa  
 inna placówka oświatowa
2. Czy chcesz ubezpieczyć zdrowie i życie uczniów i pracowników placówki oświatowo-wychowawczej?  Tak  Nie
- a. Czy chcesz zapewnić ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w związku z następstwami nieszczęśliwego wypadku w ramach wybranej przez Ciebie sumy ubezpieczenia?  Tak  Nie
- b. Czy chcesz zapewnić ubezpieczonemu świadczenie zwrotu kosztów leczenia powypadkowego w ramach wybranej przez Ciebie sumy ubezpieczenia?  Tak  Nie
- c. Czy chcesz zapewnić ubezpieczonemu świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu po wypadku lub chorobie w ramach wybranej przez Ciebie sumy ubezpieczenia?  Tak  Nie
- d. Czy chcesz zapewnić uprawnionym dodatkowe świadczenie w razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego?  Tak  Nie
- e. Czy chcesz zapewnić ubezpieczonemu świadczenie w razie śmierci jego rodziców lub opiekunów wskutek nieszczęśliwego wypadku w ramach wybranej przez Ciebie sumy ubezpieczenia?  Tak  Nie
- f. Czy chcesz zapewnić ubezpieczonemu wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania lub operacji chirurgicznej w ramach wybranej przez Ciebie sumy ubezpieczenia oraz czy chcesz zapewnić uprawnionemu wypłatę świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku nowotworu złośliwego?  Tak  Nie
- g. Czy chcesz zapewnić ubezpieczonemu świadczenie związane z interwencją lekarską wskutek nieszczęśliwego wypadku i brakiem orzeczenia uszczerbku na zdrowiu oraz będące zadośćuczynieniem za ból i cierpienie doznane przez niego wskutek nieszczęśliwego wypadku??  Tak  Nie
3. Czy chcesz zabezpieczyć placówkę oświatową, jej kadrę pedagogiczną lub dyrektora przed roszczeniami osób trzecich (poszkodowanych) w związku ze zdarzeniem, za które wyżej wymienieni ponoszą odpowiedzialność?  Tak  Nie
- a. Czy chcesz zabezpieczyć placówkę oświatową przed roszczeniami dotyczącymi szkód wyrządzonych przez placówkę w związku z prowadzeniem działalności statutowej lub posiadaniem i użytkowaniem mienia w ramach wybranej przez Ciebie sumy gwarancyjnej?  Tak  Nie
- b. Czy chcesz zabezpieczyć placówkę oświatową dodatkowo przed roszczeniami dotyczącymi szkód powstałych w rzeczach przyjętych na przechowanie do szatni?  Tak  Nie
- c. Czy chcesz zabezpieczyć kadrę pedagogiczną placówki oświatowej (nauczycieli, wychowawców lub innych pracowników pedagogicznych) przed roszczeniami dotyczącymi szkód, za które ww. członkowie kadry ponoszą odpowiedzialność w ramach wybranej przez Ciebie sumy gwarancyjnej?  Tak  Nie
- d. Czy chcesz zabezpieczyć dyrektora placówki oświatowej albo inną osobę kierującą placówką przed roszczeniami dotyczącymi szkód, za które dyrektor placówki oświatowej albo inna osoba kierująca placówką ponosi odpowiedzialność w ramach wybranej przez Ciebie sumy gwarancyjnej?  Tak  Nie

## Kluczula informacyjna

**Administratorem danych osobowych** jest Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (02-675) przy ul. Wołoskiej 22A.

**Z administratorem może się Pani/Pan kontaktować** pisemnie na adres siedziby administratora oraz poprzez formularz kontaktowy pod adresem [www.wiener.pl](http://www.wiener.pl). Administrator danych osobowych wyznaczył **Inspektora Danych Osobowych**, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Z **Inspektorem Ochrony Danych** może się Pani/Pan kontaktować za pośrednictwem adresu e-mail: [iod@wiener.pl](mailto:iod@wiener.pl).

Pani/Pana **dane** (oraz dane Ubezpieczonego – w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) **mogą być przetwarzane**:

- w celu przedstawienia oferty, a w razie zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia PE i R (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (dalej zwane RODO). Ocena ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy wykonywana jest w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów na podstawie art. 22 ust. 2 lit. a RODO, jako czynność niezbędna do zawarcia umowy;
- w celu marketingu bezpośredniego usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług;
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń;
- ewentualnie w celu podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest przeciwdziałanie wypłacaniu nienależnych świadczeń i odszkodowań oraz możliwość przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę administratora;
- w celu reasekuracji ryzyk – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO, uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową;
- w celu realizacji obowiązków określonych w przepisach dotyczących szczególnych środków restrykcyjnych skierowanych przeciwko niektórym osobom i podmiotom mających na celu zwalczanie terroryzmu – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
- w celu gromadzenia danych statystycznych w celu ustalania na ich podstawie wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

Pani/Pana **dane osobowe** (oraz dane Ubezpieczonego – w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) **mogą być udostępnione lub przekazane** podmiotom upoważnionym do pozyskania danych osobowych na podstawie szczególnych przepisów prawa, innym zakładom ubezpieczeń i zakładom reasekuracji, audytorom, a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe w imieniu administratora (na podstawie umowy z administratorem, w zakresie przez niego wskazanym i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora), w tym dostawcom usług informatycznych, podmiotom świadczącym usługi archiwizacyjne, podmiotom przeprowadzającym likwidację szkody, podmiotom świadczącym usługi assistance, firmom windykacyjnym, agencjom marketingowym (w razie wyrażenia przez Panią/Pana zgody na otrzymywanie informacji handlowych) oraz agentom ubezpieczeniowym.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia, np. w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, mogą zostać udostępnione lub przekazane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG), w tym również do państwa niezapewniającego, według Komisji Europejskiej, odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych. Administrator danych osobowych zapewnia odpowiednie zabezpieczenie tych danych.

Pani/Pana **dane osobowe** (oraz dane Ubezpieczonego – w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) **będą przechowywane** przez okres niezbędny do sporządzenia i przedstawienia oferty, nie dłużej jednak niż do momentu wygaśnięcia roszczeń o zawarcie umowy ubezpieczenia. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia, dane będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego ze szczególnych przepisów prawa.

Dane przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego będą przechowywane do momentu zgłoszenia, odpowiednio, przez Panią/Pana albo przez Ubezpieczonego (w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) **sprzeciwu** wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu.

Przysługuje Pani/Panu oraz Ubezpieczonemu (w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) prawo dostępu do danych, prawo żądania ich **sprostowania, usunięcia lub ograniczenia** ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, w tym profilowania, przysługuje Pani/Panu oraz Ubezpieczonemu (w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane (oraz dane Ubezpieczonego – w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia, przysługuje Pani/Panu oraz Ubezpieczonemu także **prawo do przenoszenia danych osobowych**, np. w celu przekazania danych innemu administratorowi danych.

Przysługuje Pani/Panu oraz Ubezpieczonemu (w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek) również **prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z **Inspektorem Ochrony Danych**. Dane kontaktowe wskazane są wyżej.

**Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem** zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego (bez podania danych osobowych nie jest możliwe dokonanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego i zawarcie umowy ubezpieczenia). Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane w sposób zautomatyzowany (bez wpływu człowieka), w zależności od rodzaju umowy ubezpieczenia, na podstawie danych takich jak: przebieg ubezpieczenia (szkodowość), przedmiot ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia oraz liczba ubezpieczonych osób. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, która jest niezbędna do ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Przeprowadzanie tego automatycznego procesu jest niezbędne do wykonania umowy. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka (tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka).

#### Oświadczenia Ubezpieczającego

- Oświadczam, że przed przygotowaniem oferty przeprowadzono badanie wymagań i potrzeb ubezpieczonego oraz moich w zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Informacje i dokumenty udostępnione przez Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group były obiektywne, podane w zrozumiałej formie i wystarczające dla podjęcia przeze mnie świadomej decyzji o zakupie ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przekazanie Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych przetwarzanych przez innych ubezpieczycieli w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości oraz informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości, informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej), które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. W powyższym zakresie zwalnia lekarzy sprawujących nade mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group dokumentacji mojego leczenia.
- Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group od Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia zostały mi udostępnione: dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym, informacje, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, a także Ogólne Warunki Ubezpieczenia Pakiet OŚWIATA, zatwierdzone Uchwałą Zarządu Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group 33/23 z dnia 03 kwietnia 2023 r. (dalej OWU) mające zastosowanie w umowie ubezpieczenia, której zawarcie potwierdzone jest niniejszą wniosko-polisą – w taki sposób, że mogłam/em się z nimi zapoznać, przechowywać je i odtwarzać w zwykłym toku czynności.
- Zapoznałam/em się z procedurą składania i rozpatrywania reklamacji, która została zawarta w OWU.
- Informacje podane podczas zawierania umowy ubezpieczenia są prawdziwe i podane zostały zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Rozumiem, że podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji może spowodować skutki prawne określone w przepisach prawa, a także konsekwencje wynikające z OWU.
- W razie zmiany okoliczności, o które Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group zapytywało przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zobowiązuję się zawiadomić o tych zmianach Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
- Upoważniam Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group do sprawdzenia podanych przeze mnie danych dotyczących przebiegu ubezpieczenia w zakładach ubezpieczeń, z którymi wiązały mnie wcześniejsze umowy ubezpieczenia, w celu potwierdzenia ich zgodności ze stanem faktycznym.

#### Oświadczenia ubezpieczającego zawierającego umowę ubezpieczenia na własny rachunek

Oświadczam, że koszt składki ubezpieczeniowej będzie finansowany przeze mnie.

#### Oświadczenie ubezpieczającego zawierającego umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek i finansującego koszt składki ubezpieczeniowej

Oświadczam, że koszt składki ubezpieczeniowej będzie finansowany przeze mnie.

#### Oświadczenie ubezpieczającego zawierającego umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek, niefinansującego kosztu składki ubezpieczeniowej

Oświadczam, że koszt składki ubezpieczeniowej będzie finansowany przez Ubezpieczonego.

Przekazałam/em Ubezpieczonemu warunki ubezpieczenia, w szczególności informacje o postanowieniach określających przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń, a także ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia, tj. informacje, o których mowa w art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

#### Oświadczenie ubezpieczającego będącego przedstawicielem ubezpieczonego

Oświadczam, że zostałam umocowana/y przez Ubezpieczonego do złożenia oświadczeń zawartych w niniejszym dokumencie. Treść przekazanych przeze mnie informacji jest zgodna z informacjami uzyskanymi od Ubezpieczonego bądź stanem faktycznym lub prawnym ustalonym przeze mnie z najwyższą starannością. Zakres zgód wyrażonych w imieniu Ubezpieczonego został z nim ustalony.

**Pozostałe oświadczenia**

1. W razie złożenia reklamacji do Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group, wnoszę o dostarczenie mi odpowiedzi pocztą elektroniczną.  Tak  Nie
2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie informacji handlowo-marketingowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:
- wiadomości elektroniczne (e-mail, internetowy serwis Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe, wiadomości SMS/MMS)  Tak  Nie
  - połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).  Tak  Nie

Nr agenta/pośrednika **2100186077**

.....  
Data, czytelny podpis ubezpieczającego

.....  
Pieczęć firmowa przedstawiciela Wiener TU S.A.  
Vienna Insurance Group

.....  
Pieczęć imienna i podpis wystawiającego