

InterRisk Kontakt 22 575 25 25



Wniosek/Polisa seria **EDU-A/P** numer **163152**

potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego EDU PLUS na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/25/03/2025 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej Vienna Insurance Group z dnia 25 marca 2025 roku oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym oraz nauczycieli i dyrektorów placówek oświatowych w ramach oferty EDU Plus zatwierdzonych uchwałą nr 05/06/07/2021 Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej Vienna Insurance Group z dnia 6 lipca 2021 roku.

UBEZPIECZAJĄCY

OSOBA PRAWNA

Nazwa placówki: **ZESPÓŁ SZKOLNO-PRZEDSZKOLNY NR 4 W NOWYM SĄCZU**
Rodzaj placówki: **szkoła podstawowa**
Adres: **UL. JANA DŁUGOSZA 2, 33-300 NOWY SĄCZ**
Adres korespondencyjny: **UL. JANA DŁUGOSZA 2; 33-300 NOWY SĄCZ POLSKA; POWIAT NOWOSĄDECKI**
NIP: **388961925** Telefon stacjonarny: **184442399**
REGON: **388961925**
E-mail: **SP1@EDU.NOWYSACZ.PL** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZAJĄCY - OSOBA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko: **KRYSTYNA POCIECHA**
E-mail: **SP1@EDU.NOWYSACZ.PL**
Telefon stacjonarny: **184442399** Telefon komórkowy:

UBEZPIECZENI: DZIECI, UCZNIOWIE, STUDENCI I PRACOWNICY: SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1 IM.ADAMA MICKIEWICZA W NOWYM SĄCZU

OKRES UBEZPIECZENIA

Data początku: **2025-09-01** Data końca: **2026-08-31**

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	26 000 zł	dotatkowo 300% SU	104 000 zł (łącznie ze świadczeniem wskazanym w wierszu poniżej)
2.	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW		100% SU	26 000 zł
3.	100% uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW		100% SU	26 000 zł
4.	Uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW		za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu - 1% SU	260 zł
5.	Koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz koszty zakupu lub naprawy okularów lub aparatu słuchowego lub aparatu ortodontycznego lub pompy insulinowej uszkodzonych w wyniku NW na terenie placówki oświatowej		do 30% SU w tym: okulary korekcyjne, aparat słuchowy, aparat ortodontyczny, pompa insulinowa - do 300 zł	do 7 800 zł w tym: okulary korekcyjne, aparat słuchowy, aparat ortodontyczny, pompa insulinowa - do 300 zł
6.	Koszty podróży marzeń		do 30% SU	do 7 800 zł
7.	Pogryzienie lub pokąsanie/ukąszenie		jednorazowo 1% SU w przypadku pogryzienia lub 2% w przypadku pokąsania/ukąszenia	260 zł lub 520 zł
8.	Rozpoznanie sepsy u Ubezpieczonego będącego dzieckiem		jednorazowo 10%, nie więcej niż 5 000 zł	2 600 zł
9.	Śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie NW		jednorazowo 10% SU	2 600 zł
10.	Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku padaczki		jednorazowo 1% SU	260 zł
11.	Pobicie, napaść		za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu - 1,5% SU, pod warunkiem uszczerbku na zdrowiu powyżej 20%	390 zł
12.	Zatrucie pokarmowe lub nagłe zatrucie gazami, bądź porażenie prądem lub piorunem		jednorazowo 2% SU	520 zł
13.	Rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowica, toksoplazmoza, wścieklizna)		jednorazowo 5% SU	1 300 zł
14.	Koszty akcji poszukiwawczej dziecka		do 10% SU	2 600 zł

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE WPROWADZONE DO UMOWY UBEZPIECZENIA:

**POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE
OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS**

zatwierdzonych uchwałą nr 01/25/03/2025 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 25.03.2025 r.

Działając na podstawie art. 812 § 8 k.c. InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group wskazuje różnice pomiędzy treścią oferty/umowy ubezpieczenia a OWU EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/25/03/2025 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 25 marca 2025 roku.

§ 1

Dla potrzeb niniejszej umowy ubezpieczenia wprowadza się następujące postanowienia dodatkowe lub odmienne od w/w ogólnych warunków ubezpieczenia:

1.w § 2 pkt 75) lit a) otrzymuje brzmienie:

a) w przypadku Opcji Dodatkowej D5 (Poważne Choroby) – nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, wada wrodzona serca, jak również za Poważną Chorobę uważa się transplantację głównych organów;

2.w § 2 pkt 112) lit b) otrzymuje brzmienie:

„b) Ubezpieczony wymagał leczenia, w trakcie którego odbył co najmniej dwie wizyty lekarskie oraz jedną wizytę kontrolną, z czego wszystkie z nich miały miejsce w placówce medycznej w trybie stacjonarnym (łącznie trzy wizyty), lub Ubezpieczony doznał czasowej niezdolności do nauki lub do pracy przez okres nie krótszy niż 5 dni;”

3.w § 4 ust. 1 pkt 1) dodaje się lit. n) w brzmieniu:

„n) rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.”

4.w § 6 pkt 1) lit c) ppkt ii, otrzymuje brzmienie:

ii. zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego, aparatu ortodontycznego lub pompy insulinowej uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej – do wysokości 500 PLN, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doszło do uszkodzenia okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego, aparatu ortodontycznego lub pompy insulinowej miał miejsce na terenie placówki oświatowej oraz spowodował uszkodzenie ciała wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej

5.w § 6 pkt 7) otrzymuje brzmienie:

„7) w przypadku pogryzienia, pokąsania, ukąszenia - jednorazowe świadczenie w wysokości:

a) 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pogryzienia, ale nie więcej niż 800 zł,

b) 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pokąsania, ukąszenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pokąsania, ukąszenia”

6.w § 6 dodaje się pkt 12) w brzmieniu:

„12) w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych - jednorazowe świadczenie w wysokości 3% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych zostało rozpoznane po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.”

7.§ 11 ust. 1 pkt 4) otrzymuje brzmienie:

„4) Opcja Dodatkowa D4 – pobyt w szpitalu w wyniku choroby – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu w szpitalu, począwszy od drugiego dnia pobytu w szpitalu, pod warunkiem 3 dniowego pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została rozpoznana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał minimum 3 dni. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby przysługuje maksymalnie za 100 dni pobytu w szpitalu. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia, pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem że przyjęcie do szpitala nastąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;”

OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, w tym z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Edu Plus zatwierdzonymi uchwałą nr 01/25/03/2025 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 25 marca 2025 roku oraz Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym oraz nauczycieli i dyrektorów placówek oświatowych w ramach oferty EDU Plus zatwierdzonych uchwałą nr 05/06/07/2021 Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej Vienna Insurance Group z dnia 6 lipca 2021 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(ma), że dokument ten ma charakter informacyjny, a pełne informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
- 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 wyraża zgodę na przekazanie przez InterRisk informacji o ostatecznej liczbie ubezpieczonych oraz ostatecznej wysokości składki w postaci elektronicznej, na adres email wskazany w umowie ubezpieczenia.
- Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie.

NOWY SĄCZ, 2025-09-10

Miejscowość, data

PIOTR JANIK, 77/501/362

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

DYREKTOR SZKOŁY

Marcin Strakosz
mgr Marcin Strakosz

Czytelny podpis Ubezpieczającego

**ZESPÓŁ
SZKOLNO-PRZEDSZKOLNY NR 4
w Nowym Sączu
33-300 Nowy Sącz, ul. Długosza 2
Tel. 18 442 09 01
NIP 734 359 95 95 REGON 388961925**