

**InterRisk Kontakt 22 575 25 25**



**Wniosek/Polisa seria EDU-A/P numer 166190**

potwierdzając 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.

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                 | dotatkowo 300% SU   | 100 000 zł (łącznie ze świadczeniem wskazanym w wierszu poniżej)   |
| 2. Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW   |                           | 100% SU   | 25 000 zł  |
| 3. 100% uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW  |                           | 100% SU   | 25 000 zł  |
| 4. Uszczerbek 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 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 7 500 zł w tym: okulary korekcyjne, aparat słuchowy, aparat ortodontyczny, pompa insulinowa - do 300 zł |
| 6. Koszty podróży marzeń   |                           | do 30% SU   | do 7 500 zł  |
| 7. Pogryzienia lub pokąsanie/ukąszenie   |                           | jednorazowo 1% SU w przypadku pogryzienia lub 2% w przypadku pokąsania/ukąszenia                                    | 250 zł lub 500 zł  |
| 8. Rozpoznanie sepsy u Ubezpieczonego będącego dzieckiem   |                           | jednorazowo 10%, nie więcej niż 5 000 zł  | 2 500 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. Pobicie, napaść  |                           | za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu - 1,5% SU, pod warunkiem uszczerbku na zdrowiu powyżej 20%                        | 375 zł   |
| 12. Zatrucie pokarmowe lub nagłe zatrucie gazami, bądź porażenie prądem lub piorunem   |                           | jednorazowo 2% SU   | 500 zł   |
| 13. Rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowica, toksoplazmoza, wścieklizna)  |                           | jednorazowo 5% SU   | 1 250 zł   |
| 14. Koszty akcji poszukiwawczej dziecka  |                           | do 10% SU   | 2 500 zł   |
| <b>Opcje dodatkowe – UWAGA: ŚWIADCZENIA OPCJI DODATKOWYCH I WYBRANEJ POWYŻEJ OPCJI KUMULUJĄ SIĘ</b>  | <b>Suma ubezpieczenia</b> | <b>Wysokość świadczenia w %</b>   | <b>Wysokość świadczenia w zł</b>   |
| Opcja Dodatkowa D2 - Oparzenia i odmrożenia  | 2 000,00 zł               | II stopień - 10% SU; III stopień - 30% SU; IV stopień - 50% SU  | 200 zł lub 600 zł lub 1 000 zł   |
| Opcja Dodatkowa D3 - Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku   | 7 000,00 zł               | 1% SU / dzień   | 70 zł  |
| Opcja Dodatkowa D4 - Pobytu w szpitalu w wyniku choroby  | 7 000,00 zł               | 1% SU / dzień   | 70 zł  |
| Opcja Dodatkowa D8 - Koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku  | 2 000,00 zł               | do 100% SU za wyjątkiem:<br>- kosztów rehabilitacji do 50% SU<br>- kosztów operacji plastycznych do 200% SU         | do 2 000 zł, za wyjątkiem kosztów:<br>- rehabilitacji do 1 000 zł<br>- operacji plastycznych do 4 000 zł   |
| Opcja Dodatkowa D10 - Koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku   | 1 000,00 zł               | do 100% SU  | do 1 000 zł  |
| Opcja Dodatkowa D11 - Uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku  | 200,00 zł                 | 100% SU   | 200 zł   |
| Hejrt Stop   | 5 000,00 zł               | Usługi wsparcia informatycznego, psychologicznego oraz prawnego w zakresie mowy nienawiści i bezpieczeństwa w sieci | zgodnie z OWU  |

**POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU SZKODY DLA UCZNIÓW OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM**

Numer polisy **EDU- A/P 166190**

- telefonicznie **22 575 25 25** - przez Internet na stronie: <https://www.interrisk.pl> zakładka **ZGŁOŚ SZKODĘ**  
- kontakt z biurem **Meritum Agent** obsługujący ubezpieczenie - ul. Rynek 30 (I piętro nad telefonami „PLUS”)  
Telefony: **17 225 77 99, 17 225 67 77, 519 100 779, 509 194 900, 501 688 829**

osoba ubezpieczona otrzymuje dodatkowe zniżki na ubezpieczenia :

- komunikacyjne OC, AC - dom - podróże i inne

**MERITUM - UBEZPIECZENIA**  
**RENATA DASZKIEWICZ**

**Oświadczenie Przedstawiciela Ubezpieczonego Polisa EDU-A/P 166190**

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 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 02/03/03/2020 Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej 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(ma), 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(am) poinformowany(na) 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 osobę wykonującą czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia. Informacja zgodna z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO”.

| Imię i nazwisko Ubezpieczonego | Imię i nazwisko Przedstawiciela | Podpis Przedstawiciela |
|--------------------------------|---------------------------------|------------------------|
|                                |                                 |                        |