



Portal klienta iKlient: <https://klient.interrisk.pl>  
Login: 302162447  
Hasło: EA3WHNua

**Wniosek/Polisa seria NWG-A/Pnr001802**

**POTWIERDZENIE ZAWARCIA UMOWY  
UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH  
WYPADKÓW PLUS - UBEZPIECZENIE GRUPOWE**

Niniejszą polisą InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 30/2012 Zarządu UBEZPIECZYCIELA z dnia 11.04.2012r.

Ubezpieczenie: **Nowe**

**UBEZPIECZAJĄCY:**

Nazwa: **STOWARZYSZENIA KULTURY FIZYCZNEJ / NOWOTOMYSKA AKADEMIA PIŁKARSKA**  
Adres: **UL. GLINNO 142C, 64-300 GLINNO**  
REGON: **302162447** E-mail:  
NIP: **7881994285** Rodzaj prowadzonej działalności: **49.41**

**FORMA UBEZPIECZENIA:**

Ubezpieczenie grupowe bezimienne

**UBEZPIECZENI:**

	Podgrupa 1
Łączna liczba osób zatrudnionych przez Ubezpieczającego:	<b>53</b>
Liczba osób ubezpieczonych:	<b>53</b>
Rodzaj wyczynowo uprawianego sportu:	<b>PIŁKA NOŻNA</b>

**OKRES UBEZPIECZENIA:**

Od **2014-05-31** Do **2015-05-30**

**ZAKRES UBEZPIECZENIA (zakres zgodnie z §4 ust. 1, ust. 4 - 6 OWU NNW PLUS):**

ZAKRES	<b>PELNY</b>
następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane w związku z wyczynowo uprawianiem sportu	<b>TAK</b>
następstwa zawału serca lub udaru mózgu	<b>NIE</b>
następstwa nieszczęśliwych wypadków w drodze do lub z pracy	<b>-</b>
OPCJE UBEZPIECZENIA (zakres zgodnie z §4 ust. 2 OWU NNW PLUS)	<b>PODSTAWOWA</b>
Suma ubezpieczenia na 1 osobę ubezpieczoną	<b>5000 zł</b>
dodatkowe świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy w wysokości 50% sumy ubezpieczenia	<b>NIE</b>
OPCJE DODATKOWE (zakres zgodnie z §4 ust. 3 OWU NNW PLUS)	<b>SUMA UBEZPIECZENIA na 1 osobę ubezpieczoną</b>
opcja DODATKOWA D1 – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy	<b>-</b>
opcja DODATKOWA D2 – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy	<b>-</b>
opcja DODATKOWA D3 – koszty leczenia	<b>-</b>
opcja DODATKOWA D4 – koszty leczenia stomatologicznego	<b>-</b>
opcja DODATKOWA D5 – koszty rehabilitacji	<b>-</b>
opcja DODATKOWA D6 – pobyt w szpitalu	<b>-</b>
opcja DODATKOWA D7 – rekonwalescencja po pobycie w szpitalu	<b>-</b>
opcja DODATKOWA D8 – oparzenia	<b>-</b>
opcja DODATKOWA D9 – odmrożenia	<b>-</b>
opcja DODATKOWA D10 – operacje	<b>-</b>
opcja DODATKOWA D11 – koszty operacji plastycznych	<b>-</b>
opcja DODATKOWA D12 – uciążliwe leczenie	<b>-</b>
opcja DODATKOWA D13 – asystancja medyczna	<b>-</b>

JACEK SŁABOSZEWSKI, 36/168/189

Centrala  
ul. Noakowskiego 22  
00-668 Warszawa  
[www.interrisk.pl](http://www.interrisk.pl)

Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy  
XII Wydział Gospodarczy KRS  
KRS 0000054136  
Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony: 137.640.100 PLN

Zezwolenie Ministra Finansów Du/905/A/KP/93  
z dnia 5 listopada 1993 r.  
REGON 010644132  
NIP 526-00-38-806

**SKŁADKA:**

Liczba osób:				Podgrupa 1
Zniżka za płatność				53
Zniżka grupowa				-5 %
Składka jednorazowa za osobę:				28,50 zł
Łączna składka za osobę:				28,50 zł
Łączna składka za wszystkie osoby:				1510,50 zł
Tryb płatności składki:		jednorazowo		1510,50 zł
TRYB PŁATNOŚCI SKŁADKI:	jednorazowo			
TRYB PŁATNOŚCI RAT:	Rata	Kwota	płatna w terminie	
	1	1 510,50 zł	2014-06-06	

przelewem na konto InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group **73 1240 6960 7170 0011 6000 1802**

**OSOBA REZPREZENTUJĄCA UBEZPIECZAJĄCEGO:**

Imię i nazwisko: **PIOTR KOSTECKI**  
FAX: \_\_\_\_\_ Adres email: \_\_\_\_\_  
Telefon stacjonarny: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: **531866071**

**OŚWIADCZENIE:**

**1. Ubezpieczający oświadcza że:**

- wyraża zgodę na występowanie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych z wnioskami o przekazanie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych o stanie zdrowia.
- treść umowy i Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Plus zatwierdzonych uchwałą nr 30/2012 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 11.04.2012 r. oraz treść Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu została mi doręczona przed zawarciem umowy ubezpieczenia i po zapoznaniu się z treścią OWU i Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu składam niniejszy wniosek.

**NOWY TOMYSL, 2014-05-30**

Miejscowość i data wystawienia

Pieczęć i podpis przedstawiciela  
InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group

Czytelny podpis Ubezpieczającego

**2. Klauzula dotycząca ochrony danych osobowych:** Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach i prawach wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr133, poz 883), a w szczególności o poniższym:

- administratorem moich danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
- obowiązek podania danych we wniosku, niezbędnych dla oceny ryzyka, wynika z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm.),
- dane osobowe przekazywane są do Centrum Assistance – April Polska Assistance Spółka z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Sienna 73, numer telefonu 22 212 20 12, który będzie udzielał świadczeń assistance,
- mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem.

**NOWY TOMYSL, 2014-05-30**

Miejscowość i data wystawienia

Pieczęć i podpis przedstawiciela  
InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group

Czytelny podpis Ubezpieczającego

JACEK ŚLABOSZEWSKI, 36/168/189

Centrala  
ul. Noakowskiego 22  
00-668 Warszawa  
www.interrisk.pl

Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy  
XII Wydział Gospodarczy KRS  
KRS 0000054136  
Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony: 137.640.100 PLN

Zezwolenie Ministra Finansów Du905/A/KP/93  
z dnia 5 listopada 1993 r.  
REGON 010644132  
NIP 526-00-38-806