

Na podstawie niniejszego zgłoszenia wyrażam zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Jednocześnie wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę zadeklarowanej składki miesięcznej wysokości: **5 PLN / 8 PLN** za każde zgłoszone do ubezpieczenia dziecko począwszy od dnia

Dane dzieci:

Warient:

1.		☐ 5 PLN	☐ 8 PLN
	imię i nazwisko dziecka		pesel
2.		☐ 5 PLN	☐ 8 PLN
	imię i nazwisko dziecka		pesel
3.		☐ 5 PLN	☐ 8 PLN
	imię i nazwisko dziecka		pesel
4.		☐ 5 PLN	☐ 8 PLN
	imię i nazwisko dziecka		pesel

Proszę zaznaczyć „X” w kratce przy wybranym wariancie ubezpieczenia.

Dane pracownika:

imię i nazwisko	pesel
	data i czytelny podpis

OŚWIADCZENIE O WYBORZE OFERTY I PRZYSTAPIENIU DO UBEZPIECZENIA

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia na podstawie znanych mi Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzone uchwałą nr 01/29/03/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29 marca 2016 r., funkcjonującej w

.....
nazwa Ubezpieczającego (pracodawcy)

Oświadczenie:

1. Oświadczam, że otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, w tym Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzone uchwałą nr 01/29/03/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29 marca 2016 r. wraz z informacją o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przysługującymi mi prawami, a także informacją dotyczącą sposobu i trybu składania skarg i reklamacji zgłaszanych przez ubezpieczającego, ubezpiezonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia oraz organu właściwego do ich rozpatrzenia.
2. Wyrażam zgodę na odpłatne występowanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group, o przekazanie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych podanych przeze mnie o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzecie, w tym danych dotyczących stanu mojego zdrowia, przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do celów związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
4. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że:
 - 1) administratorem moich danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
 - 2) celem zbierania danych jest zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia,
 - 3) mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
 - 4) podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową.

data

czytelny podpis