PAKIET UBEZPIECZEŃ DLA STUDENTA/PRAKTYKANTA
polisa seria ZM_T numer 130891152

Szanowny Kliencie, dziękujemy za zaufanie, jakim obdarzyłeś naszą firmę. Dokument, który otrzymałeś, jest potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia przygotowanej w oparciu o analizę wymagań i potrzeb Klienta, o której mowa w art. 8 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. Zakres i przedmiot wskazany w niniejszym dokumencie obejmuje wszystkie wymagania i potrzeby Klienta wynikające z analizy, która została przeprowadzona w oparciu o rozmowę dystrybutora ubezpieczeń z Klientem.

UBEZPIECZAJĄCY/UBEZPIECZONY

Nazwa:	**AKADEMIA WSB**
NIP:	6291088993
Adres:	CIEPLAKA 1 C 41-300 DĄBROWA GÓRNICZA
Adres korespondencyjny:	CIEPLAKA 1C 41-300 DĄBROWA GÓRNICZA
Adres e-mail:	rektorat@wsb.edu.pl
Telefon kontaktowy:	322959340
Wykonywany zawód:	student / praktykant

CENTRUM KLIENTA INTER
tel. 801 803 000
email: bok@interpolska.pl
TWÓJ AGENT:
ANNA BORSIAK
tel. 791990339

WARUNKI UMOWY

Okres ubezpieczenia:	**od 25.10.2021 r. do 24.10.2022 r.**
Łączna kwota składki:	28 350,00 zł
Płatność:	jednorazowo, płatne przelewem
Kwota i termin płatności:	28 350,00 zł (do 30.11.2021 r.)
Numer rachunku bankowego do wpłaty:	**37 1050 0099 7306 1801 3089 1152**

UBEZPIECZENIA W PAKIECIE:

1 DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE OC

suma gwarancyjna na jedno zdarzenie	25 000 EUR
suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia w trakcie trwania umowy	25 000 EUR

2 UBEZPIECZENIE INTER HIV/WZW

Badania na obecność wirusów HIV lub WZW	2 000 zł
Koszt leków antyretrowirusowych HIV	5 000 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	20 000 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW	20 000 zł
NNW – Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu	10 000 zł
NNW – Świadczenie z tytułu śmierci wskutek NW	5 000 zł

76253 / ODDZIAŁ KATOWICE / annborsi / 2021-10-15 15:20:12.0

Państwa opinia jest dla nas bardzo ważna.
Prosimy o dokonanie oceny procesu zawarcia umowy ubezpieczenia w krótkiej ankiecie dostępnej na ***https://interpolskapl2021.webankieta.pl***

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A., Al. Jerozolimskie 142B, 02-305 Warszawa; tel. 801 803 000; NIP: 547-02-06-285; Nr KRS: 0000016204 Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego; Kapitał zakładowy wynosi 35 mln zł, jest zarejestrowany i w pełni opłacony.

PAKIET UBEZPIECZEŃ DLA STUDENTA/PRAKTYKANTA
polisa seria ZM_T numer 130891152

INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE

UBEZPIECZENI

Ubezpieczenie grupowe

Liczba ubezpieczonych osób: 300

Lista Ubezpieczonych zawierająca imię, nazwisko i PESEL znajduje się w załączeniu.
Cała grupa jest objęta ochroną w tym samym zakresie/wariancie.

ZAKRES PAKIETU UBEZPIECZEŃ:

1 DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE OC

Ubezpieczenie zawarte na podstawie Ogólnych Warunków Dobrowolnego Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Podmiotu Udzielającego Świadczeń Zdrowotnych zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 71/2016 z dnia 25 października 2016 r. wraz z Aneksem nr 1 zatwierdzonym uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 94/2016 z dnia 30 grudnia 2016 r.

Osoby fizyczne oraz praktyki zawodowe nie będące podmiotem leczniczym, udzielające świadczeń zdrowotnych poza kontraktem NFZ - Wariant B wg § 3 ust. 1 OWU:

ZAWÓD MEDYCZNY	RODZAJ ZATRUDNIENIA			
	UMOWA CYWILNOPRAWNA, OSOBA FIZYCZNA WYKONUJĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ NIE BĘDĄCA PODMIOTEM LECZNICZYM		UMOWA O PRACĘ	
	LECZNICTWO AMBULATORYJNE	LECZNICTWO STACJONARNE I CAŁODOBOWE	LECZNICTWO AMBULATORYJNE	LECZNICTWO STACJONARNE I CAŁODOBOWE
Student / Praktykant	✓	✓	–	–

Suma gwarancyjna:

na jedno zdarzenie:	25 000 EUR
na wszystkie zdarzenia w trakcie trwania umowy:	25 000 EUR

Klauzule dodatkowe:

Klauzula 9 - Naruszenie Praw Pacjenta

Sublimit sumy gwarancyjnej

na jedno zdarzenie:	5 000 EUR
na wszystkie zdarzenia w trakcie trwania umowy:	25 000 EUR

Składka za ubezpieczenie: 11 850,00 zł

2 UBEZPIECZENIE INTER HIV/WZW

Ubezpieczenie zawarte na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ochrona HIV/WZW zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 69/2015 z dnia 22 grudnia 2015 r. wraz z Aneksem nr 1 zatwierdzonym uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 94/2016 z dnia 30 grudnia 2016 r.

Zakres ubezpieczenia: Wariant B-I

Suma ubezpieczenia:

Badania na obecność wirusów HIV lub WZW	2 000 zł
Koszt leków antyretrowirusowych HIV	5 000 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	20 000 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW	20 000 zł
NNW – Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku	10 000 zł

PAKIET UBEZPIECZEŃ DLA STUDENTA/PRAKTYKANTA
polisa seria ZM_T numer 130891152

na zdrowiu

NNW – Świadczenie z tytułu śmierci wskutek NW	5 000 zł

Składka za ubezpieczenie: 16 500,00 zł

POSTANOWIENIA DODATKOWE

Ubezpieczeni: studenci Fizjoterapii (jednolite studia magisterskie), Ratownictwa Medycznego (studia I stopnia) i Kosmetologii (studia I stopnia) Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej.
Polisa zostanie opłacona przelewem do dnia 15.12.2021 indywidualnie przez studentów , zgodnie z załączoną listą Ubezpieczonych.
Lista ubezpieczonych w załączeniu.

Nr zgody BMC: ZOMED 19876

PAKIET UBEZPIECZEŃ DLA STUDENTA/PRAKTYKANTA
polisa seria ZM_T numer 130891152

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych (danych osób fizycznych) przetwarzanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia, dalej jako „Dane Osobowe", jest Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. (adres siedziby: Warszawa (02-305), Al. Jerozolimskie 142B), dalej jako „Administrator". Dane Osobowe będą przetwarzane zgodnie z Rozporządzeniem UE 2016/679 z dnia 27.04.2016 r., zwanym dalej „RODO". Szczegółowe zasady przetwarzania Danych Osobowych zostały przedstawione poniżej.

1. Cele i podstawy prawne przetwarzania Danych Osobowych

Dane Osobowe będą przetwarzane przez Administratora w celach związanych z:
a) oceną ryzyka ubezpieczeniowego (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c lub art. 9 ust. 2 lit. g RODO),
b) zawarciem umowy ubezpieczenia i jej wykonaniem (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. b lub art. 9 ust. 2 lit. g RODO),
c) ustaleniem roszczeń - w tym w celu ustalenia przyczyn i okoliczności zdarzenia losowego, odpowiedzialności Administratora, zasadności zgłoszonych roszczeń, rozmiaru szkody i wysokości należnego świadczenia w ramach wykonania obowiązku nałożonego na Administratora przepisami prawa (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO lub art. 9 ust. 2 lit. f RODO),
d) spełnieniem/wypłatą świadczenia lub odszkodowania należnego w wyniku wystąpienia zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową wobec ubezpieczającego lub osoby uprawnionej do świadczenia (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO),
e) reasekuracją ryzyk (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. e i art. 9 ust. 2 lit. g RODO),
f) prowadzeniem ewentualnych sporów związanych z odpowiedzialnością Administratora lub wysokością przyznanego świadczenia lub odszkodowania – co stanowi prawnie usprawiedliwiony interes Administratora (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f lub art. 9 ust. 2 lit. f RODO),
g) prowadzeniem dokumentacji księgowo-rachunkowej w ramach wypełnienia obowiązku prawnego (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
h) dochodzeniem roszczeń Administratora z tytułu umowy ubezpieczenia – co stanowi prawnie usprawiedliwiony interes Administratora (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f RODO),
i) celami statystycznymi oraz procesami aktuarialnymi i sprawozdawczymi związanymi z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej w ramach wypełnienia obowiązku prawnego, w szczególności na potrzeby zarządzania ryzykiem, ustalania wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oceny skuteczności programu reasekuracji oraz dla ustalania rezerw techniczno – ubezpieczeniowych (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
j) prowadzeniem działań marketingowych w zakresie własnych produktów i usług wobec osoby, której dane dotyczą:
- w ramach prawnie uzasadnionego interesu Administratora jakim jest marketing własnych produktów i usług - w okresie obowiązywania umowy/ochrony ubezpieczeniowej (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f RODO), lub
- na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, jeżeli wcześniej zarejestrowała się w Bazie kontaktowej Administratora – przez cały okres rejestracji w tej bazie, niezależnie od tego, czy w tym czasie będzie obowiązywała umowa/ochrona ubezpieczeniowa (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a RODO).

Na potrzeby działań marketingowych nie są wykorzystywane dane wrażliwe takie jak np. informacje o stanie zdrowia i nałogach.
Ilekroć powyżej Administrator powołuje się na interes publiczny jako podstawę przetwarzania danych (tj. na art. 6 ust. 1 lit. e lub art. 9 ust. 2 lit. g RODO), interesem tym jest zapewnienie osobom uprawnionym z tytułu ubezpieczenia bezpieczeństwa finansowego w życiu prywatnym i społecznym.

2.Profilowanie i zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w indywidualnych przypadkach, w tym profilowanie, dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Administrator może podejmować w indywidualnych przypadkach decyzje oparte w całości na wyniku operacji prowadzonych w systemie informatycznym, w tym na profilowaniu (tzw. zautomatyzowane podejmowanie decyzji). Dzięki temu, że w takim przypadku ocena ryzyka jest generowana automatycznie w wyniku komputerowej analizy danych w oparciu o np. algorytmy taryfowe, wskaźnik szkodowości Ubezpieczający otrzymuje znacznie szybciej ofertę ubezpieczeniową. Pozwala to także na wygenerowanie i przedstawienie Ubezpieczającemu nowej oferty Ubezpieczenia przed końcem dotychczasowej ochrony ubezpieczeniowej, bez konieczności wizyty Ubezpieczającego u agenta. Osoba wobec której podjęto automatycznie decyzję ubezpieczeniową ma zawsze prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, wyrażenia własnego stanowiska i zakwestionowania treści tej decyzji oraz do uzyskania interwencji pracownika Administratora, który zweryfikuje prawidłowość oceny ryzyka będącej podstawą decyzji. W tym celu należy zwrócić się do Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A., Al. Jerozolimskie 142B, 02-305 Warszawa.
PROFILOWANIE MARKETINGOWE:
Dane Osobowe mogą być wykorzystywane przez Administratora w celu profilowania osoby, której dotyczą na potrzeby własnych działań marketingowych. Profilowanie odbywa się na podstawie Danych Osobowych, które mogą być łączone z informacjami zebranymi automatycznie podczas korzystania przez nią z usług świadczonych on-line przez Administratora np. w ramach własnych portali i stron internetowych (więcej informacji na temat automatycznego zbierania danych znajduje się w Polityce cookies), a także z informacjami o produktach ubezpieczeniowych Administratora, z których korzystała lub korzysta. Profilowanie polega na pewnej formie zautomatyzowanego przetwarzania danych, które w oparciu o dane statystyczne lub zastosowane algorytmy pozwala Administratorowi na prognozę potrzeb i zainteresowań podmiotu danych w celu zaproponowania oferty ubezpieczeniowej dostosowanej do indywidualnych oczekiwań. Osoba, której dane dotyczą może w dowolnym momencie wyrazić sprzeciw wobec jej profilowania przez Administratora w celach marketingowych.

3.Odbiorcy danych

Dostęp do Danych Osobowych mogą mieć następujący odbiorcy danych:
a) upoważnieni pracownicy Administratora – dbamy o to aby nasi pracownicy przechodzili odpowiednie szkolenia z zakresu ochrony danych osobowych poprzez zapoznawanie ich z wewnętrznymi politykami i procedurami ochrony danych lub dedykowane programy szkoleniowe. Wszystkie osoby upoważnione do przetwarzania Danych Osobowych są zobowiązane do zachowania poufności danych i ich zabezpieczenia przed ujawnieniem osobom nieuprawnionym,
b) agenci ubezpieczeniowi, orzecznicy medyczni oraz usługodawcy, którym w drodze umowy powierzono przetwarzanie Danych Osobowych na potrzeby realizacji czynności świadczonych dla Administratora, w szczególności dostawcy usług i narzędzi IT, dostawcy infolinii zewnętrznej, podmioty świadczące usługi doradcze, archiwizacyjne oraz podmioty wspierające Administratora w likwidacji szkód i ich upoważnieni pracownicy, jednak tylko w zakresie niezbędnym do prawidłowego ich wykonania – dostęp do Danych Osobowych mają tylko osoby, w przypadku których istnieje uzasadnienie takiego dostępu z uwagi na wykonywane zadania i świadczone usługi i które zostały zobowiązane do zachowania poufności danych i ich zabezpieczenia przed ujawnieniem osobom nieuprawnionym,
c) operatorzy pocztowi – w zakresie niezbędnym do dostarczania korespondencji,
d) kancelarie prawne – kancelarie, z których usług korzysta Administrator,
e) podmioty lecznicze, które przekazują nam informacje i dokumentację dotyczącą udzielonych Panu/Pani świadczeniach zdrowotnych lub przeprowadzonych badaniach w celu ustalenia Pana/Pani prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia (w zakresie niezbędnym do identyfikacji Pana/Pani jako świadczeniobiorcy lub weryfikacji złożonych oświadczeń i dokumentów) oraz podmioty lecznicze udzielające Panu/Pani świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartych z Administratorem umów o współpracy,
f) reasekurator/zy, z którymi Administrator podpisał umowę reasekuracji, w tym w państwach trzecich,
g) Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B – w przypadku udzielenia dobrowolnej zgody na udostępnienie do tego Towarzystwa Danych Osobowych w celach marketingowych.

4. Transfer danych do państw trzecich (państw spoza EOG)

Ujawnienie Danych Osobowych niektórym odbiorcom skutkuje transferem tych danych do państw trzecich takich jak Szwajcaria, wobec której Komisja Europejska wydała decyzję o zapewnianiu przez to państwo odpowiedniego stopnia ochronnych danych osobowych. Oznacza to, że na terytorium tego państwa trzeciego dane osobowe są chronione co najmniej na takim poziomie jak w Unii Europejskiej.

5. Okres przechowywania danych

Dane Osobowe co do zasady będą przechowywane do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń. W związku z powyższym dane osobowe będą przechowywane przez okres: polisy OC – 20 lat, pozostałe ubezpieczenia – 3 lata.
W przypadku danych przetwarzanych w związku z celami statystycznymi oraz procesami aktuarialnymi i sprawozdawczymi związanymi z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej, dane w zakresie ograniczonym do minimum niezbędnego do realizacji tych celów mogą być przetwarzane przez Administratora do 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia, a w niektórych przypadkach również bezterminowo.

6. Zasady gromadzenia danych

Podanie Danych Osobowych jest wymagane w zakresie danych niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia. Administrator wskazuje wyraźnie dane, których podanie jest wymagane, poprzez ich odpowiednie oznaczenie.
Ponadto Administrator danych, za zgodą osoby, której dane dotyczą może pozyskiwać informacje o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w tym dane o stanie zdrowia, od podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub innych zakładów ubezpieczeniowych.

7. Prawa związane z przetwarzaniem Danych Osobowych

Osoba, której dane dotyczą może skorzystać wobec Administratora, w szczególności z następujących praw:
a) prawa do żądania dostępu do swoich Danych Osobowych i uzyskania informacji na temat ich przetwarzania, a w przypadku gdyby były nieprawidłowe ma prawo do żądania ich sprostowania (zgodnie z art. 15 i 16 RODO),
b) prawa do żądania ograniczenia przetwarzania jej danych w sytuacjach i na zasadach wskazanych w art. 18 RODO (Podmiot danych może żądać ograniczenia przetwarzania jego danych osobowych na okres weryfikacji ich prawidłowości lub do czasu rozpatrzenia jego sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawo to przysługuje także w sytuacji gdy zdaniem podmiotu danych przetwarzanie jego danych jest niezgodnie z prawem, lecz nie chce on aby dane te zostały od razu usunięte lub w przypadku gdy dane są mu potrzebne dłużej niż zakładał przyjęty okres przetwarzania, z uwagi na kwestie ustalenia lub obrony roszczeń),
c) prawa do wycofania udzielonej wcześniej zgody na przetwarzanie, w tym udostępnienie, Danych Osobowych, co jednak nie będzie miało wpływu na legalność przetwarzania danych takiej osoby, które odbywało się w oparciu o tę przesłankę i miało miejsce przed skorzystaniem przez nią z prawa do wycofania zgody,
d) prawa do żądania usunięcia danych zgodnie z art. 17 RODO („prawo do bycia zapomnianym"),
e) prawa do przeniesienia Danych Osobowych zgodnie z art. 20 RODO, tj. do otrzymania od Administratora swoich danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego (przez komputer), a także do żądania ich przekazania do innego administratora danych; Prawo to dotyczy tylko danych dostarczonych Administratorowi przez osobę, której dane dotyczą i przetwarzanych na podstawie jej zgody lub zawartej z nią umowy i mających postać elektroniczną,
f) prawa do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania jej Danych Osobowych z przyczyn związanych z jej szczególną sytuacją, w przypadku, gdy dane są przetwarzane przez Administratora w ramach realizacji swoich prawnie usprawiedliwionych interesów (zgodnie z art. 21 ust. 1 RODO),
g) prawa do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania jej Danych Osobowych w celach związanych z marketingiem bezpośrednim, w tym wobec jej profilowania w celach marketingowych, w zakresie,
w jakim przetwarzanie danych tej osoby jest związane z takim marketingiem bezpośrednim (zgodnie z art. 21 ust. 2 RODO).
W sprawach związanych z przetwarzaniem danych oraz realizacją praw przysługujących osobom, których te dane dotyczą można kontaktować się z Administratorem kierując korespondencję na adres Warszawa (02-305), Al. Jerozolimskie 142B) bądź za pośrednictwem wyznaczonego przez Administratora inspektora ochrony danych (IOD). Kontakt do IOD: iodo@interpolska.pl. Osoba, która złożyła wniosek lub żądanie dotyczące przetwarzania jej Danych Osobowych, w ramach korzystania z przysługujących jej praw, może zostać poproszona przez Administratora o odpowiedź na kilka pytań związanych z jej Danymi Osobowymi, które umożliwią weryfikację jej tożsamości.
Ponadto osoba, której dane dotyczą ma prawo wnieść w skargę na przetwarzanie jej danych osobowych przez Administratora do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

PAKIET UBEZPIECZEŃ DLA STUDENTA/PRAKTYKANTA
polisa seria ZM_T numer 130891152

KLAUZULA DODATKOWA UBEZPIECZENIA STUDENTÓW W TRAKCIE NAUKI W SIEDZIBIE SZKOŁY, KRAJOWYCH LUB ZAGRANICZNYCH PRAKTYK ORAZ NIEKTÓRYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA PRYWATNEGO

1. Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień Ogólnych Warunków Dobrowolnego Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Podmiotu Udzielającego Świadczeń Zdrowotnych przedmiotem ubezpieczenia jest ustawowa odpowiedzialność cywilna studenta za szkody wyrządzone osobom trzecim:
   1) w trakcie nauki w siedzibie szkoły,
   2) w trakcie krajowych lub zagranicznych praktyk,
   3) w mieniu uczelni w tym w związku z zakwaterowaniem studentów w domach studenckich,
   4) w mieniu podmiotu, w którym odbywa praktyki,
   5) wynikłe z czynności udzielania pierwszej pomocy w przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku,
   6) powstałe w związku z realizacją zadań obstawy medycznej imprez organizowanych przez Uczelnie lub Samorząd Studentów,
   7) w nieruchomości najmowanej od osób trzecich w celach mieszkalnych (z wyłączeniem nieruchomości osób bliskich tj. małżonka, osób pozostających w konkubinacie, rodzeństwa, wstępnych, zstępnych, ojczyma, macochy, teściów),
   8) w związku z posiadaniem i użytkowaniem roweru zgodnie z przeznaczeniem,
   9) w związku z amatorskim (rekreacyjnym) uprawianiem sportu rozumianym jako forma czynnego wypoczynku, stosowana dla przyjemności oraz w celu regeneracji sił psychofizycznych.
2. Franszyza redukcyjna w każdej szkodzie rzeczowej wynosi 200 zł, a w przypadku szkód rzeczowych wyrządzonych poza Rzeczypospolitą Polską - 10% nie mniej niż 200 zł.
3. W § 3 ust. 5 w pkt 5) wykreśleniu ulegają słowa „oraz udzielania pierwszej pomocy".
4. W § 3 ust. 7 otrzymuje brzmienie:
   „Ochroną ubezpieczeniową objęte są wypadki, które wystąpiły na terytorium całego świata."
5. W § 4 w ust. 1 dodaje się pkt 15), pkt 16) w brzmieniu:
   „15) powstałych w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportów rozumianym jako uprawianie sportu w ramach związków sportowych, kół, sekcji, klubów, ognisk, zespołów sportowych lub organizacji i stowarzyszeń kultury fizycznej i sportu, a także – z racji przynależności do ww. organizacji – uczestnictwo w zawodach i imprezach sportowych, konkursach, treningach, obozach kondycyjnych i szkoleniowych,
   16) powstałych w związku z uprawianiem sportu wysokiego ryzyka – rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie ze sprzętem specjalistycznym, sporty motorowe i motorowodne, wszelkie sporty powietrzne, heliskiing, skoki bungee, sporty walki i wszelkiego rodzaju sporty obronne, boks, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, speleologia, myślistwo, jeździectwo, hokej na lodzie, bobsleje, saneczkarstwo, skoki narciarskie, narciarstwo zjazdowe, futbol amerykański, piłka ręczna, piłka nożna, siatkówka, koszykówka, baseball, rugby, jazda na czterokołowcach (quadach)."

OŚWIADCZENIA I ZGODY UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO

- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia została mi przekazana pełna informacja o przetwarzaniu danych osobowych.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem treść dokumentu zawierającego informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem, zapoznałem się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wskazanych w treści niniejszej polisy.
- Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi umowy ubezpieczenia, w zakresie rodzajów ryzyk objętych umową ubezpieczenia, warunków ochrony ubezpieczeniowej i wyłączeń z jej zakresu, zasad dotyczących finansowania ochrony ubezpieczeniowej oraz możliwych przyczyn odmowy wypłaty świadczenia.
- Oświadczam, że podane przeze mnie w polisie dane są aktualne, prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zatajenia lub podania nieaktualnych lub nieprawdziwych danych odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. jest ograniczona zgodnie z art. 815 § 3 Kodeksu cywilnego. Zobowiązuję się informować Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.
- Oświadczam, że otrzymałem informację dotyczącą procedury składania i rozpatrywania reklamacji w Towarzystwie Ubezpieczeń INTER Polska S.A., na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 05.08.2015r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz sposobu i trybu rozpatrywania skarg i zażaleń, na podstawie art. 25 pkt 3 ustawy z dnia 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, zgodnie z art. 38 ust. 6 ustawy z dnia 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Zgoda dotyczy zawartej umowy ubezpieczenia INTER Ochrona HIV/WZW / INTER Tour 365 / Świadczenie Dzienne / Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków / INTER Tour.
- Zwalniam lekarzy, lekarzy dentystów oraz inne osoby wykonujące zawód medyczny z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, również w przypadku mojej śmierci oraz upoważniam je, aby udzieliły Towarzystwu Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, nałogów oraz procesu leczenia w związku z zawartą umową ubezpieczenia INTER Ochrona HIV/WZW / INTER Tour 365 / Świadczenie Dzienne / Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków / INTER Tour, w szczególności w celu weryfikacji informacji podanych we wniosku ubezpieczeniowym (ocena ryzyka) i innych dokumentach oraz weryfikacji dokumentów wniesionych w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości (podstawa prawna: art. 40 ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 05.12.1996 r., o zawodzie lekarza i lekarza dentysty).
- Wyrażam zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, wniesionych przeze mnie dokumentów (rachunki, zwolnienia i zaświadczenia lekarskie, karty choroby itp.) oraz dokumentów wydawanych przez placówki medyczne i osoby wykonujące zawód medyczny w celu oceny ryzyka i realizacji świadczenia. Zgoda dotyczy zawartej umowy ubezpieczenia INTER Ochrona HIV/WZW / INTER Tour 365 / Świadczenie Dzienne / Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków / INTER Tour.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia, zgodnie z art. 26 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w celu weryfikacji informacji podanych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości w następstwie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego. Zgoda dotyczy zawartej umowy ubezpieczenia INTER Ochrona HIV/WZW / INTER Tour 365 / Świadczenie Dzienne / Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków / INTER Tour.
- Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B od Narodowego Funduszu Zdrowia, danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielali mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia, zgodnie z art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Zgoda dotyczy zawartej umowy ubezpieczenia INTER Ochrona HIV/WZW / INTER Tour 365 / Świadczenie Dzienne / Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków / INTER Tour.

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.* informacji handlowych za pośrednictwem elektronicznej formy komunikacji (e-mail) — TAK
  * Zgoda na otrzymywanie informacji handlowych od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. jest skuteczna jedynie w przypadku udzielenia zgody na udostępnienie danych do tego podmiotu w celach marketingowych.

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.* informacji handlowych za pośrednictwem elektronicznej formy komunikacji (SMS/MMS) — TAK
  * Zgoda na otrzymywanie informacji handlowych od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. jest skuteczna jedynie w przypadku udzielenia zgody na udostępnienie danych do tego podmiotu w celach marketingowych.

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.* informacji handlowych poprzez urządzenia telekomunikacyjne, także z użyciem tzw. automatycznych systemów wywołujących. — TAK
  * Zgoda na otrzymywanie informacji handlowych od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. jest skuteczna jedynie w przypadku udzielenia zgody na udostępnienie danych do tego podmiotu w celach marketingowych.

- Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A., gdy nie będzie już obowiązywała umowa/ ochrona ubezpieczeniowa, nadal przetwarzało moje dane osobowe (z wyłączeniem szczególnych kategorii danych), we własnych celach marketingowych w ramach swojej Bazy kontaktowej. — TAK

- Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A udostępniło moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, wiek, zawód, forma zatrudnienia, dane kontaktowe oraz informacje o rodzajach posiadanych w tym Towarzystwie ubezpieczeń do Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, w celu ich dalszego przetwarzania przez to Towarzystwo w ramach własnych działań marketingowych, co obejmuje m.in. profilowanie klientów w celu poznania ich potrzeb oraz przygotowania dla nich odpowiedniej oferty ubezpieczeniowej. — NIE

- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe zgromadzone w związku z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia były przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób całkowicie zautomatyzowany, w tym z wykorzystaniem mechanizmów profilowania klientów dla oszacowania wysokości tego ryzyka. — TAK

- Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B lub podmioty, które na podstawie umowy współpracują z Towarzystwem w procesie realizacji umowy ubezpieczenia, przesyłały mi informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia i jej realizacją, w szczególności informacje i dokumenty dotyczące wnioskowanej lub zawartej z TU INTER Polska S.A. umowy ubezpieczenia, w tym OWU oraz dokument zawierający informacje o produkcie, a także informacje, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 15.12.2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie adres poczty elektronicznej lub numer telefonu. — TAK

14.10.2021 r.

DATA | UBEZPIECZAJĄCY/UBEZPIECZONY | TU INTER Polska S.A.