

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
DLA DZIECI Z ROZSZERZENIEM O WYCZYNOWE UPRAWNIENIE SPORTU**

Warianty ubezpieczenia	I 38,00 zł / os	II 71,00 zł / os	III 99,00 zł / os	IV 147,00 zł / os	VIP 245,00 zł / os	SUPER VIP 345,00 zł / os
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SKŁADAJĄCY DEKLARACJĘ | RODZIC | OPIEKUN PRAWNY

imię, nazwisko:	PESEL:
adres:	
email:	telefon:

Na podany adres email i numer telefonu zostanie wysłana wiadomość z numerem konta do dokonania płatności.

UBEZPIECZENI

1. imię, nazwisko:	PESEL:
2. imię, nazwisko:	PESEL:
3. imię, nazwisko:	PESEL:
4. imię, nazwisko:	PESEL:
5. imię, nazwisko:	PESEL:

OKRES UBEZPIECZENIA (1 rok) od dnia:

▲ z zastrzeżeniem, iż ochrona ubezpieczenia rozpoczyna się nie wcześniej niż dzień po opłaceniu składki

OŚWIADCZENIA SKŁADAJĄCEGO DEKLARACJĘ

Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem moich danych osobowych jest Mentor Ubezpieczenia Indywidualne sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Szosa Chełmińska 177-181, 87-100 Toruń. Dane będą przetwarzane zgodnie z klauzulą zamieszczoną na stronie SzkolnaPolisa.PL (<https://szkolnapolisa.pl/download/ubezpieczenia/owu/mui/klauzula-informacyjna.pdf>)

- Oświadczam, że otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, w tym z Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/18/04/2023 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18.04.2023 roku (Ogólne Warunki Ubezpieczenia) wraz z postanowieniami dodatkowymi, 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.
- 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).
- Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych 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.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie - na żądanie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group - moich danych osobowych przetwarzanych przez inne zakłady ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
- Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielać mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
- Oświadczam, że zgodnie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. otrzymałem(am) klauzulę informacyjną InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

Specjalnie dla Państwa przygotowaliśmy szereg korzystnych promocji na ubezpieczenia komunikacyjne i majątkowe. Aby z nich skorzystać wystarczy zaznaczyć poniższe zgody lub skontaktować się z nami pod nr telefonu 56 642 41 80

- Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny w celu przedstawienia oferty ubezpieczeń dedykowanych stałym Klientom (w tym komunikacyjnych OC/AC i majątkowych) przez Mentor Ubezpieczenia Indywidualne sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu przy ul. Szosa Chełmińska 177-181.
- Wyrażam zgodę na kontakt mailowy w celu przedstawienia oferty ubezpieczeń dedykowanych stałym Klientom (w tym komunikacyjnych OC/AC i majątkowych) przez Mentor Ubezpieczenia Indywidualne sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu przy ul. Szosa Chełmińska 177-181.
- Wyrażam zgodę na zapisanie się do newslettera, a co za tym idzie wyrażam zgodę na przesyłanie na mój adres email porad specjalistów w ramach Kącika Rodzica przez Mentor Ubezpieczenia Indywidualne sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu przy ul. Szosa Chełmińska 177-181.

Data

Czytelny podpis Płatnika składki

Bon 50 zł

Do wykorzystania na zakup ubezpieczenia OC komunikacyjnego

w Mentor Ubezpieczenia Indywidualne sp. z o.o. Zachowaj bon i wykorzystaj go w ciągu 12 miesięcy

Szczegóły i regulamin promocji na <https://mentorui.pl/policja>

W celu zrealizowania bonu zadzwoń pod **56 642 41 83**



Gwarancja najniższej ceny



Kasa Wraca
do 1000 zł zwrotu za zawarte ubezpieczenia

