

Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia Ochrony Prawnej dla pracowników Oświaty

Obowiązuje dla umów zawartych od dnia 09.04.2020

Dane Ubezpieczającego	Nr polisy
	<p>17 01 18 H ubezpieczenie ochrony prawnej</p>
Dane Pośrednika	Kod produktu

A

Dane dotyczące Ubezpieczonego

Imiona

Nazwisko

Data urodzenia PESEL (opcjonalnie)

dzień miesiąc rok

Telefon E-mail

Adres korespondencyjny

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica Nr Nr lokalu

B

Analiza wymagań i potrzeb klienta (ubezpieczonego)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż przeprowadzenie analizy jest dobrowolne oraz, że w przypadku odmowy jej przeprowadzenia bądź podania nieprawdziwych informacji, dystrybutor ubezpieczeń nie będzie miał możliwości zaproponowania umowy ubezpieczenia, która będzie w pełni odpowiadała moim wymaganiom i potrzebom. W związku z powyższym:

- Oświadczam, że odmawiam poddania się analizie wymagań i potrzeb.
- Oświadczam, że jestem zainteresowany/a analizą moich potrzeb i wymagań w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ochrony prawnej dyrektora, nauczyciela lub pozostałych pracowników placówki oświatowej.

Pytania:

Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia wykonuje zawód dyrektora placówki oświatowej?

- TAK NIE

Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia wykonuje zawód nauczyciela lub innego pracownika placówki oświatowej?

- TAK NIE

Czy Pan/Pani lub osoba na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia jest zainteresowana posiadaniem ubezpieczenia pokrywającego koszty ochrony prawnej w związku ze zdarzeniami związanymi z wykonywaniem zawodu dyrektora / nauczyciela lub innego pracownika placówki oświatowej (np. roszczeniami odszkodowawczymi osób trzecich, sprawami karnymi lub wykroczeniami)?

- TAK NIE

Jaka suma ubezpieczenia będzie dla Pana/Pani lub osoby na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia wystarczająca?

Proszę zaznaczyć odpowiedni wariant z tabeli:

Wariant ubezpieczenia	Składka miesięczna (zł)
<input type="checkbox"/> Wariant I A (SU 5.000 zł) - dla nauczycieli i pozostałych pracowników	49,00
<input type="checkbox"/> Wariant I B (SU 10.000 zł) - dla nauczycieli i pozostałych pracowników	98,00
<input type="checkbox"/> Wariant II A (SU 15.000 zł) - dla dyrektorów, zastępcy dyrektora i p.o. dyrektora	89,00
<input type="checkbox"/> Wariant II B (SU 30.000 zł) - dla dyrektorów, zastępcy dyrektora i p.o. dyrektora	178,00

Oświadczam, że odmawiam poddania się analizie wymagań i potrzeb w zakresie obejmującym inne rodzaje ubezpieczeń.

Oświadczam, że jestem zainteresowany/a analizą moich potrzeb i wymagań w zakresie obejmującym inne rodzaje ubezpieczeń:

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| 1. zdrowotne | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> w przyszłości* |
| 2. mieszkania/domu | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> w przyszłości* |
| 3. firmy | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> w przyszłości* |
| 4. turystyczne | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> w przyszłości* |
| 5. następstw nieszczęśliwych wypadków | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> w przyszłości* |
| 6. OC zawodowe | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> w przyszłości* |
| 7. OC/AC komunikacyjne | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> w przyszłości* |
| 8. na życie | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> w przyszłości* |
| 9. pomoc informatyczna | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> w przyszłości* |

*umówienie spotkania z klientem

W związku z dokonaniem wyborem ubezpieczenia/eń zostanie przeprowadzona szczegółowa analiza wymagań i potrzeb klienta w oparciu o rozmowę dystrybutora ubezpieczeń z klientem.

Oświadczam, że podane przeze mnie w deklaracji dane są aktualne, prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zatajenia lub podania nieaktualnych lub nieprawdziwych danych odpowiedzialność InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Vienna Insurance Group ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa zwane dalej "InterRisk" jest ograniczona zgodnie z art. 815 § 3 Kodeksu cywilnego.

Zobowiązuję się informować InterRisk o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.

C

Zgody i oświadczenia

1. Oświadczam, że otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, w tym z **Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Biznes Pro Plus zatwierdzonymi uchwałą nr 01/26/02/2019** Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia **26.02.2019 r.**, ("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.

2. Otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z **Załącznikiem nr 6 do Wytycznych Dyrektora Departamentu MSP i Klienta Indywidualnego w zakresie sprzedaży ubezpieczeń szkolnych w roku szkolnym 2020/2021 (W/01/04/05/2020/DMKI)**, w tym ochrony prawnej dla pracowników oświaty.

3. Wyrażam zgodę, aby InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Vienna Insurance Group, 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 NIE

4. Wyrażam zgodę na podejmowanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group wobec mnie decyzji opartych wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu moich danych osobowych w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia mi odpowiedniej oferty.

TAK NIE

OŚWIADCZENIA OPCJONALNE UBEZPIECZONEGO

A. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Vienna Insurance Group ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa informacji handlowo-marketingowych z użyciem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych tzw. automatycznych systemów wywołujących; wskazuję jako formę kontaktu:

- wiadomości elektroniczne (podany przeze mnie adres e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe

TAK NIE

- połączenia głosowe na podany numer telefonu (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

TAK NIE

B. Wyrażam zgodę na podejmowanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group wobec mnie decyzji opartych wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu moich danych osobowych w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia mi odpowiedniej oferty.

TAK NIE

Miejscowość, data, czytelny podpis Pośrednika

Miejscowość, data, czytelny podpis Ubezpieczonego