

WNOSKOPOLISA seria TO numer 4000018

Niniejszy dokumentem Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. a Ubezpieczającym. Ubezpieczenie zawarte na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Podróżnych INTER Tour zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 68/2015 z dnia 22.12.2015 r.

| | | | | | |
|------------------|--------------------------------------|----------------|--------------------------|---------------------|----------|
| NR ID pośrednika | Imię i nazwisko lub nazwa pośrednika | NR ID O.W.C.A. | Imię i nazwisko O.W.C.A. | Kontynuacja polisy: | Oddział: |
| 9124 | Jacek Skoczylas | 30621 | Tomasz Szota | | Katowice |

Dane Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Polski Związek Judo
NIP 113-04-09-260
adres:
Al. Jerozolimskie 83 / 15
02-001 Warszawa
adres korespondencyjny:

Polski Związek Judo - zawodnicy Kadry Narodowej oraz trenerzy Kadry Narodowej
NIP 113-04-09-260
adres:
Al. Jerozolimskie 83 / 15
02-001 Warszawa
adres korespondencyjny:

dane kontaktowe:

dane kontaktowe:

Umiejscowienie ryzyka:

Strefa II zgodna z OWU - terytoria wszystkich państw świata

Warunki umowy

| Przedmiot i zakres ubezpieczenia | Suma Ubezpieczenia | Składka w zł |
|---|--------------------|--------------|
| Zwrot kosztów leczenia za granicą | € 30 000,00 | 8 414,00 zł |
| Ubezpieczenie bagażu (w tym sprzęt sportowy i podręczny sprzęt elektroniczny) | € 400,00 | |
| Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (limit na szkody w mieniu 4 000,00 Euro) | € 20 000,00 | |

Polisa otwarta, liczba osobodni 800.

Sprawozdanie liczby wykorzystanych osobodni co kwartał.

Rozliczenie polisy na koniec okresu ubezpieczenia, 80% składki rocznej bezzwrotna.

| | | | | | |
|----------------|-------------|--------------------|--------|---------------------------|-------------|
| Składka łączna | 8 414,00 zł | Zastosowane zniżki | Zwyżki | Składka łączna do zapłaty | 8 414,00 zł |
|----------------|-------------|--------------------|--------|---------------------------|-------------|

Postanowienia dodatkowe

Polisa zawarta w oparciu o ofertę z dnia 28.02.2017.

Składka łączna do zapłaty - składka zaliczkowa podlegająca rozliczeniu na koniec okresu ubezpieczenia 8414,00 zł, 80% składki nie podlega zwrotowi.

| | | |
|--|----------------------------|---------------|
| Okres ubezpieczenia | od 01.03.2017 | do 28.02.2018 |
| Łączna kwota składki | 8 414,00 zł | |
| Termin płatności | 10.03.2017 | 14.06.2017 |
| Kwota raty | 2 103,50 zł | 2 103,50 zł |
| Numer konta bankowego do wpłaty za polisę | 72105000997306230004000018 | |

Oświadczenie Ubezpieczyciela:

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A., (Administratora danych) z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, w celu oceny ryzyka, obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia, w celu reasekuracji ryzyk oraz w celach analitycznych, w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług oraz innych prawnie usprawiedliwionych celach Administratora danych. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania. W celu realizacji zawartej umowy ubezpieczenia podane dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom współpracującym na podstawie umowy.

Oświadczenia i Zaody Ubezpieczającego:

- Wyrażam dobrowolnie zgodę na otrzymywanie informacji związanych z realizacją zawartej umowy ubezpieczenia, w tym zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1422), od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 oraz od innych podmiotów współpracujących na podstawie umowy w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia.

- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem, zapoznałem się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wskazanych w treści niniejszej wnioskopolicy.

- Oświadczam, że zapoznałem/am 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 przez mnie we wnioskopolicy 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, Al. Jerozolimskie 172 o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.

Oświadczenie ubezpieczającego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej

- Zwalniam lekarzy, lekarzy dentyistów 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, Al. Jerozolimskie 172, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji dokumentów wniesionych w związku z realizacją świadczenia (podstawa prawna: art. 40 ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r., o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 464).

- Wyrażam również zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172, wniesionych przez mnie dokumentów (rachunki, zwolnienia i zaświadczenia lekarskie, karty karty choroby itp.) oraz dokumentów wydawanych przez placówki medyczne i osoby wykonujące zawód medyczny.

Zaody Ubezpieczającego

- Wyrażam dobrowolnie zgodę na udostępnianie moich danych, Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 w celach analitycznych i marketingowych oraz na przetwarzanie przez Administratora danych oraz Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 moich danych osobowych w celach marketingowych również w przypadku wdrożenia ochrony ubezpieczeniowej.

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych, od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 oraz od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, przesyłanych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1422) w celach marketingu własnego produktów i usług.

- Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów www/inter.pl dla celów marketingu bezpośredniego Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 oraz Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 16.07.2004 r. prawo telekomunikacyjne (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 243).

- W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody Pani/Pana dane będą udostępniane przez Administratora danych Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz prawo pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, jak również sprzeciwu, które to uprawnienia przysługują również Pani/Panu, w tym w odniesieniu do danych dotyczących osób fizycznych.

* dotyczy osób fizycznych

| | | | |
|------------|----------------|----------------------|-----------------------------|
| Data | Ubezpieczający | TU INTER Polska S.A. | Dyrektor Przedstawicielstwa |
| 28.02.2017 | | | |



Zgodnie z par. 17 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 marca 2011 r. (dz. U. Nr 68 poz. 360) niniejsza polisa stanowi fakturę.

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER POLSKA S.A. Al. Jerozolimskie 172, 02-486 Warszawa; tel. +48 22 333 75 00, fax +48 22 333 75 01; NIP: 547-02-06-285;

Nr KRS16204 Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego; Kapitał zakładowy wynosi 35 mln zł, jest zarejestrowany i w pełni opłacony.

Niniejszy dokument potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A., a Ubezpieczającym

| | | | | | |
|-------------------------|---|-----------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------|
| NR ID pośrednika | Imię i nazwisko lub nazwa pośrednika | NR ID O.W.C.A. | Imię i nazwisko O.W.C.A. | Kontynuacja polisy: | Oddział: |
| 9124 | Jacek Skoczylas | 30621 | Tomasz Szota | | Katowice |

Dane Ubezpieczającego

Polski Związek Judo
NIP 113-04-09-260
adres:
Al. Jerozolimskie 83 / 15
02-001 Warszawa
adres korespondencyjny:

dane kontaktowe:

Dane Ubezpieczonego

Polski Związek Judo - zawodnicy Kadry Narodowej oraz trenerzy Kadry Narodowej
NIP 113-04-09-260
adres:
Al. Jerozolimskie 83 / 15
02-001 Warszawa
adres korespondencyjny:

dane kontaktowe:

Umiejscowienie ryzyk:

Wszystkie terytoria państw świata - dotyczy grupy trenerów i kadry narodowej (30 osób)
Terytorium RP - dotyczy pozostałych ubezpieczonych (334 osoby)

Warunki umowy

Na podstawie wniosku z dnia 28.02.2017 stanowiącego integralną część umowy ubezpieczenia, Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. potwierdza zawarcie umowy w zakresie określonym w dokumencie ubezpieczenia. Do umowy mają zastosowanie OWU nr 68/2015 z dnia 22.12.2015

| Przedmiot i zakres ubezpieczenia | Suma Ubezpieczenia | Składka |
|---|---------------------------|---|
| Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków - polisa bezimienna, 364 osoby ubezpieczone Ubezpieczenie grupowe, Wariant III proporcjonalnym Klasa ryzyka III (zawodnicy i trenerzy Judo). Ochrona pracownicza (następstwa NNW doznanych podczas treningów, zgrupowań i zawodów oraz w drodze na i z treningów, zgrupowań i zawodów) | | |
| 1. Zawodnicy Kadry Narodowej (289 osób) | 10 000,00 zł | 112,00 zł / 1 osoby |
| 2. Zawodnicy Kadry Narodowej szkolenia olimpijskiego A1,A2,B1,B2 (28 osób) | 50 000,00 zł | 608,00 zł / 1 osoby |
| 3. Zawodnicy Kadry Narodowej szkolenia olimpijskiego C (17 osób) | 30 000,00 zł | 378,00 zł / 1 osoby |
| 4. Trenerzy Kadry Narodowej (30 osób) | 10 000,00 zł | 125,00 zł / 1 osoby |
| Składka łączna 59 568,00 zł | Zastosowane zniżki | Zwyżki |
| | | Składka łączna do zapłaty 59 568,00 zł |

Postanowienia dodatkowe

Umowa zawarta w oparciu o ofertę z dnia 28.02.2017
Szczegółowy zakres ubezpieczenia zgodny z ofertą z dnia 28.02.2017 oraz załącznikiem do polisy ubezpieczenia. Zgoda nr 590b/2017.

| | | | | |
|--|----------------------------|---------------|--------------|--------------|
| Okres ubezpieczenia | od 01.03.2017 | do 28.02.2018 | | |
| Łączna kwota składki | 59 568,00 zł | | | |
| Termin płatności | 10.03.2017 | 14.06.2017 | 14.09.2017 | 14.12.2017 |
| Kwota raty | 14 892,00 zł | 14 892,00 zł | 14 892,00 zł | 14 892,00 zł |
| Numer konta bankowego do wpłaty za polisę | 68105000997305110005005357 | | | |

Oświadczenie Ubezpieczyciela:

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A., (Administratora danych) z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, w celu oceny ryzyka, obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia, w celu reasekuracji ryzyk oraz w celach analitycznych, w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług oraz innych prawnie usprawiedliwionych celach Administratora danych. Podanie danych jest dobrowolne, ale do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania. W celu realizacji zawartej umowy ubezpieczenia podane dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom współpracującym na podstawie

Zgody i Oświadczenia Ubezpieczającego:

- Wyrażam dobrowolnie zgodę na otrzymywanie informacji związanych z realizacją zawartej umowy ubezpieczenia, w tym zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 1422) od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 oraz od innych podmiotów współpracujących na podstawie umowy w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem, zapoznałem się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wskazanych w treści niniejszej polisy.
- Oświadczam, że zapoznałem/am/em się z informacjami dotyczącymi umowy ubezpieczenia, w zakresie rodzajów ryzyk objętych umową ubezpieczenia, warunków ochrony ubezpieczeniowej i wyłączeń z jej zakresu, zasad dotyczących finansowania ubezpieczeniowej oraz możliwych przyczyn odmowy wypłaty świadczenia.
- Oświadczam, że podane przez mnie we wnioskopolisie 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, Al. Jerozolimskie 172 o wszystkich w wyżej wymienionych danych.

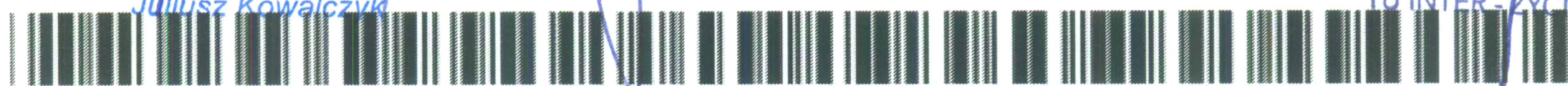
Oświadczenie ubezpieczającego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej

- Zwalam lekarzy, lekarzy dentyistów 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, Al. Jerozolimskie 172, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji dokumentów wniesionych w związku z realizacją świadczenia (podstawa prawna: art. 40 ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r., o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 464).
- Wyrażam również zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172, wniesionych przez mnie dokumentów (rachunki, zwolnienia i zaświadczenia lekarskie, karty choroby itp.) oraz dokumentów wydawanych przez placówki medyczne i osoby wykonujące zawód medyczny.

Zgody Ubezpieczającego

- Wyrażam dobrowolnie zgodę na udostępnianie moich danych, Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 w celach analitycznych i marketingowych oraz na przetwarzanie przez Administratora danych oraz Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 moich danych osobowych w celach marketingowych również w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. TAK
 - Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych, od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 oraz od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, przesyłanych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 1422) w celach marketingu własnego produktów i usług. TAK
 - Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 oraz Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 16.07.2004 r. prawo telekomunikacyjne (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 243). TAK
- W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody Pani/Pana dane będą udostępniane przez Administratora danych Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172. Ma Pani/Pan prawo do treści swoich danych, ich poprawiania oraz prawo pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, jak również sprzeciwu, które to uprawnienia przysługują w stosunku do w/w podmiotu.

Data 28.02.2017
Ubezpieczający: **Jacek Skoczylas**, Prezes Polskiego Związku Judo
Ubezpieczony: **Jacek Zawacka**, TU INTER Polska S.A.
Tomasz Szota, Dyrektor Przedstawicielstwa TU INTER POLSKA SA, TU INTER-ŻYCIE POLSKA SA



POCZĄTEK DOKUMENTU

Zgodnie z par. 17 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 marca 2011 r. (dz. U. Nr 68 poz. 360) niniejsza polisa stanowi fakturę.

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER POLSKA S.A. Al. Jerozolimskie 172, 02-486 Warszawa; tel. +48 22 333 75 00, fax +48 22 333 75 01; NIP: 547-02-06-285; Nr KRS16204 Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego; Kapitał zakładowy wynosi 35 mln zł, jest zarejestrowany i w pełni opłacony.

| Przedmiot i zakres ubezpieczenia | Suma Ubezpieczenia | Składka łączna |
|--|--------------------|----------------|
| 1. Zawodnicy Kadry Narodowej (289 osób) | | 32 368,00 zł |
| Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków (śmierć 100% SU) | 10 000,00 zł | |
| Zwrot kosztów leczenia | 2 000,00 zł | |
| Zwrot kosztów rehabilitacji | 1 000,00 zł | |
| 2. Zawodnicy Kadry Narodowej szkolenia olimpijskiego A1,A2,B1,B2 (28 osób) | | 17 024,00 zł |
| Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków (śmierć 100% SU) | 50 000,00 zł | |
| Zwrot kosztów leczenia | 15 000,00 zł | |
| Zwrot kosztów rehabilitacji | 5 000,00 zł | |
| 3. Zawodnicy Kadry Narodowej szkolenia olimpijskiego C (17 osób) | | 6 426,00 zł |
| Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków (śmierć 100% SU) | 30 000,00 zł | |
| Zwrot kosztów leczenia | 6 000,00 zł | |
| Zwrot kosztów rehabilitacji | 3 000,00 zł | |
| 4. Trenerzy Kadry Narodowej (30 osób) | | 3 750,00 zł |
| Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków (śmierć 100% SU) | 10 000,00 zł | |
| Zwrot kosztów leczenia | 2 000,00 zł | |
| Zwrot kosztów rehabilitacji | 1 000,00 zł | |

Polisa zawarta w formie bezimiennej. W przypadku wystąpienia szkody, Polski Związek Judo zobowiązany jest do potwierdzenia, że poszkodowany należał do Polskiego Związku Judo oraz udokumentowania do której grupy ubezpieczonych poszkodowany należał w chwili powstania zdarzenia podlegającego ochronie z przedmiotowej polisy ubezpieczenia.