

UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI MAJĄTKOWEJ FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW DOLNOŚLĄSKIEJ POLICJI

W związku z bardzo dużym zainteresowaniem wśród Funkcjonariuszy oraz Pracowników Cywilnych dolnośląskiej Policji ofertą ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej majątkowej pragniemy Państwa poinformować, że do ubezpieczenia można przystępować w każdym miesiącu funkcjonowania ubezpieczenia **BEZ KARENCJI**.

Zalety oferty:

- **Brak udziałów własnych w szkodzie**
- Minimum formalności przy przystępowaniu do ubezpieczenia, można przystąpić **wysyłając wypełnioną deklarację na adres e-mail: zfupolicja@o2.pl**

Zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyka związane z pełnioną służbą między innymi:

- szkody w pojeździe służbowym (w tym szkody powstałe wskutek zderzenia ze zwierzyną)
- szkody na powierzonym mieniu (w tym powierzone mu zwierzęta, utrata mienia powierzonego)
- szkody wyrządzone przez zwierzęta służbowe osobom trzecim

Ochrona Prawna

- koszty porad prawnych i opinii udzielanych przez podmioty uprawnione do świadczenia pomocy prawnej,
- koszty zastępstwa procesowego, jednak nie wyższe niż określone w przepisach dotyczących opłat za czynności adwokackie oraz radców prawnych,
- koszty związane z uzyskaniem dokumentów lub innych środków dowodowych, o ile służą one ochronie praw Ubezpieczonego,
- koszty i opłaty sądowe lub skarbowe, o ile służą ochronie praw Ubezpieczonego w związku z prowadzonym postępowaniem,
- **kwota poręczenia majątkowego.**

Zakres ubezpieczenia	
Ubezpieczenie Odpowiedzialności Majątkowej	Suma gwarancyjna 20 000 zł szkody w mieniu i na osobie
Ochrona Prawna	20 000 zł
Świadczenie na wypadek zawieszenia	Jednorazowe świadczenie w wysokości 100% uposażenia, nie więcej niż 5 000 zł
Składka miesięczna	24,00 zł

Więcej informacji można uzyskać:

Dominika ZIĄBER
zfupolicja@o2.pl
tel. 71 340 35 51
resort. 871 35 51

Idea-Risk M.Kordus M.Tarkowska-Kuriata
biuro@idea-risk.pl
tel. 690 999 186

Europejskie Konsorcjum Ubezpieczeniowe Sp. z o.o.
biuro@eku.pl
tel. 22 696 96 86

Wypełnioną deklarację prosimy przestać drogą e-mail: [\(skan, zdjęcie\) / zfupolicja@o2.pl](mailto:(skan, zdjecie)/zfupolicja@o2.pl)

Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej dla funkcjonariuszy Policji oraz pracowników cywilnych.

Nazwa Ubezpieczającego

Zarząd Wojewódzki Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego Policjantów

Pl. Muzealny 16

50-035 Wrocław

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

--	--

PESEL

Numer telefonu komórkowego

Adres e-mail

--	--	--

Adres zamieszkania

Ulica, nr domu/ nr lokalu

Kod pocztowy, poczta, miejscowość

--	--

Polisa nr A-A 330212

Deklaruję wybór ubezpieczenia: SU 20 000 zł → składka 24,00 zł/mc

Oświadczenia

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Generalnej umowy ubezpieczenia nr **A-A 330212** w oparciu o: Szczególne warunki ubezpieczenia od odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy i pracowników cywilnych / żołnierzy / pracowników cywilnych Straży Gminnej (dalej: SWU) oraz Generalną umowę ubezpieczenia nr **A-A 330212** – zawartą pomiędzy Zarządem Wojewódzkim Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego Policjantów a InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group.

Oświadczam, że otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, w tym z Szczególnymi Warunkami Ubezpieczenia od odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy i pracowników cywilnych / żołnierzy / pracowników Straży Gminnej zatwierdzonymi uchwałą nr 01/06/03/2018 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 6 marca 2018 r. ("Szczególne 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.

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.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że przysługuję mi prawo składania skarg i zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez InterRisk, zwanych dalej łącznie reklamacjami.

Reklamację można złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów w następujący sposób: a) w formie pisemnej – osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera albo b) ustnie – telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście do protokołu w jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów.

InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji lub w ciągu 60 dni w szczególnie skomplikowanych przypadkach. Odpowiedź na reklamację osoby fizycznej może być dostarczona za pomocą poczty elektronicznej tylko na wniosek tej osoby.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych o stanie zdrowia w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed

zawarciem umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz na ich przetwarzanie w celu wykonania umowy ubezpieczenia.

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 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 o informacji o nazwach i adresach świadciiodawców, którzy udzieli 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.

Administrator danych osobowych

Administratorem danych jest InterRisk TU SA Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22 (zwany dalej Administratorem lub InterRisk). Z Administratorem można się skontaktować poprzez adres email: sekretariat@interrisk.pl, telefonicznie pod numerem 48 22 537 68 00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora

Inspektor ochrony danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować - we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych - poprzez email iod@interrisk.pl, telefonicznie pod numerem 48 22 537 68 00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt b) i pkt c) oraz art. 9 ust 2 pkt a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r.(Rozporządzenie),
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
- ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłatom nienależnych świadczeń (podstawa prawna - art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest zapobieganie i ściganie przestępstw popełnianych na jego szkodę,
- reasekuracji ryzyk (podstawa prawna – art. 6 ust 1 pkt f) Rozporządzenia); prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu

przedawnienia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane zakładom reasekuracji, a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu dochodzenia należności, agencjom marketingowym, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom świadczącym usługi w zakresie likwidacji szkód, podmiotom archiwizującym lub usuwającym dane – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

Przekazywanie danych poza EOG

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom znajdującym się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora),
- wycofania zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych (w zakresie w jakim podstawą przetwarzania tych danych jest zgoda); wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem; wycofanie zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji w celu marketingu bezpośredniego, nie oznacza sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego,
- przenoszenia danych osobowych (w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany i przetwarzanie to odbywa się na podstawie zgody lub na podstawie zawartej z Administratorem umowy, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego); może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są powyżej. Ponadto przysługuję Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tzn. do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie.

--	--

Data

PODPIS UBEZPIECZONEGO

Wypełnioną deklarację prosimy przestać drogą e-mail: (skan, zdjęcie) / zfpolicja@o2.pl