

**UMOWA UBEZPIECZENIA NNW GRUPOWE****I. OKRES UBEZPIECZENIA** OD 2021-05-09 DO 2021-05-09**II. UBEZPIECZAJĄCY**

Lp.	Nazwa firmy	REGON	Adres e-mail	Telefon
1	MAZOWIECKO - WARSZAWSKI ZWIĄZEK PIŁKI SIATKOWEJ	015442456		

Adres

UL. GRAŻYNY 13/15/8, 02-548 WARSZAWA

Imię i nazwisko osoby reprezentującej

DOROTA PAPUDA

Numer telefonu

III. UBEZPIECZENI

Liczba ubezpieczonych osób: 667

Forma ubezpieczenia: BEZIMIENNA

Zmiana ubezpieczonych: stała liczba ubezpieczonych

Ubezpieczona grupa: UCZESTNICY TURNIEJU MINI SIATKÓWKI

IV. ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

Tryb udzielania ochrony: Wariant ograniczony

Rodzaj aktywności: SPORT - SPORT [WYJAZD NA ZAWODY / OBÓZ SPORTOWY]

Ochrona została rozszerzona o: SPORTY WYCZYNOWE

	Suma ubezpieczenia w zł	Składka za ryzyko w zł
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	3 000 zł	22,27 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku STANDARD - 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu	maks. 5 000 zł 50 zł	177,83 zł

V. SKŁADKA

Składka za osobę:	0,3 zł
Składka za grupę:	200,1 zł

VI. FORMA I WARUNKI PŁATNOŚCI

Lp.	Termin płatności	Wysokość raty	Sposób płatności
1	2021-05-08	200,1 zł	PRZELEW

 Wpłata zostanie dokonana przelewem na rachunek bankowy Ubezpieczyciela nr: 59 1750 1312 0760 0001 2558 2159**VII. POSTANOWIENIA DODATKOWE**

- Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonym warunków ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonych zgody na finansowanie składki bądź przed wyrażeniem przez nich zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową.
- W przypadku gdy Ubezpieczonymi, o których mowa w ust. 1, są małoletni, postanowienia ust. 1 odnoszą się do opiekunów prawnych osób Ubezpieczonych.
- Przez warunki ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1, rozumie się:
 - Ogólne warunki ubezpieczenia stosowane do umów ubezpieczenia grupowego i indywidualnego następstw nieszczęśliwych wypadków (zwane dalej OWU) dostarczone Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela;
 - Przygotowane i dostarczone Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela zestawienie obejmujące ryzyka, w zakresie których Ubezpieczony został objęty ochroną ubezpieczeniową wraz z określeniem sum ubezpieczenia przypadających na poszczególne ryzyka.
- Warunki ubezpieczenia mogą być doręczane Ubezpieczonym/opiekunom prawnym Ubezpieczonych:
 - w formie wydruku;
 - w formie nieedytowalnego załącznika (np. w formacie *.pdf) w wiadomości przekazywanej pocztą elektroniczną na adres e-mail wskazany przez Ubezpieczonego/opiekuna prawnego Ubezpieczonego lub w wiadomości przekazywanej za pomocą narzędzia informatycznego używanego przez Ubezpieczającego do komunikacji z Ubezpieczonymi/opiekunami prawnymi Ubezpieczonych.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do pozyskania od osób, którym warunki ubezpieczenia zostały doręczone, osobiście pisemnego potwierdzenia ich otrzymania.



UMOWA UBEZPIECZENIA NNN GRUPOWE

6. Ubezpieczający jest zobowiązany do archiwizacji, przechowywania i zabezpieczenia pisemnych potwierdzeń otrzymania warunków umowy przez osoby, którym doręczono warunki w sposób określony w ust. 4 pkt a) oraz elektronicznych dowodów wysyłki / doręczenia warunków Umowy osobom, którym doręczono warunki w sposób określony w ust. 4 pkt b) oraz jest zobowiązany do udostępniania tych dowodów Ubezpieczycielowi na każde jego żądanie.
7. Ubezpieczyciel przekaze Ubezpieczającemu warunki ubezpieczenia, o których mowa w ust. 3, w formie wydruku lub w formie elektronicznej.
8. Na żądanie Ubezpieczyciela Ubezpieczający przekaze Ubezpieczycielowi listę Ubezpieczonych, w odniesieniu do których Ubezpieczający wykonał obowiązek doręczenia warunków Umowy poprzez doręczenie warunków Ubezpieczonym lub (w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy są małoletnimi) - ich opiekunom prawnym.

VIII. DANE UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczycielem w ramach niniejszej Umowy ubezpieczenia jest Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu przy ul. S. Małachowskiego 10, Sąd Rejonowy Poznań - Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu VIII Wydział Gospodarczy, KRS nr 0000819414, NIP: 7822877431, Kapitał zakładowy: 66 260 270,00 zł, Kapitał opłacony: 66 260 270,00 zł.

IX. OŚWIADCZENIA

1. Ubezpieczający oświadcza, że Umowa ubezpieczenia jest zgodna z zadeklarowanymi przez niego wymaganiami i potrzebami odnośnie do rodzaju produktu, zakresu i warunków ochrony ubezpieczeniowej.
2. Oświadczam, że wszystkie dane, o które Ubezpieczyciel zapytywał mnie w związku z obejmowaniem ochroną ubezpieczeniową podałem/podałam zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą.
3. Na mocy przepisów ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych (dalej: RODO) Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu przy ul. S. Małachowskiego 10 jest administratorem Pana/Pani danych osobowych.
4. Jako administrator danych osobowych Concordia Polska T.U. S.A. informuje Pana/Panią, iż:
 - a) podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia;
 - b) Pana/Pani dane przetwarzane będą w celu:
 - zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia (art. 6 ust.1 pkt b) RODO;
 - realizacji uzasadnionego interesu administratora: marketingu bezpośredniego produktów własnych administratora i dochodzenia roszczeń (art. 6 ust. 1 pkt f) RODO;
 - realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze: m.in. wynikającego z przepisów o rachunkowości, czynności podejmowane w związku z przeciwdziałaniem przestępczości ubezpieczeniowej, ocenie ryzyka (art. 6 ust. 1 pkt c) RODO;
 - marketingu, na podstawie dobrowolnej zgody (jeśli została wyrażona) - (art. 6 ust. 1 pkt a) RODO;
 - c) posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - d) dane mogą być udostępnione przez Ubezpieczyciela innym zakładom ubezpieczeń, prowadzącym działalność w zakresie reasekuracji czynnej, w celach związanych z reasekuracją ryzyka oraz innym podmiotom wykonującym usługi i spełniającym świadczenia objęte Umową ubezpieczenia, jak również podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 1844) o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
 - e) kontakt z inspektorem ochrony danych u Ubezpieczyciela możliwy jest pod adresem e-mail iod@concordiaubezpieczenia.pl lub nr tel. 61 858 48 00;
 - f) dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do wykonania Umowy ubezpieczenia, zgodnie z przepisami prawa;
 - g) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO;
 - h) Pana/Pani dane osobowe mogą zostać wykorzystane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania - w celach zawarcia, wykonania Umowy oraz marketingu. Na podstawie otrzymanych danych może zostać dokonana ocena ryzyka oraz kalkulacja składki przez system informatyczny (bez wpływu człowieka). Ma Pan/Pani prawo do:
 - zakwestionowania decyzji wydanej bez wpływu człowieka, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez człowieka - poprzez kontakt z Ubezpieczycielem,
 - wniesienia sprzeciwu na przetwarzanie danych osobowych w celu marketingowym (w tym profilowania).
5. Oświadczam, że przed zawarciem Umowy otrzymałem (-am) obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym w formie Ustandaryzowanego dokumentu oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia stosowanych do umów ubezpieczenia grupowego i indywidualnego następstw nieszczęśliwych wypadków od 22 sierpnia 2018 r. i/lub aneksów, na podstawie których Umowę zawarto oraz zapoznałem (-am) się z nimi i zaakceptowałem (-am) ich treść, która nie budzi dla mnie wątpliwości. Umowa ubezpieczenia jest zgodna z zadeklarowanymi przeze mnie wymaganiami i potrzebami odnośnie do rodzaju produktu, zakresu i warunków ochrony ubezpieczeniowej.
6. Ubezpieczony oświadcza, że został poinformowany o możliwości zwrócenia się do Ubezpieczyciela o dostęp do informacji dotyczących Umowy ubezpieczenia zawartej na jego rachunek, w tym w szczególności: rodzajów ryzyka objętych umową ubezpieczenia, warunków ochrony ubezpieczeniowej i wyłączeń z jej zakresu, możliwych przyczyn odmowy wypłaty świadczenia oraz zasad dotyczących finansowania ochrony ubezpieczeniowej.
7. Ubezpieczyciel informuje, iż z dniem 02.01.2020 r. doszło do przekształcenia Concordia Polska TUW z towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych w spółkę akcyjną działającą pod firmą (nazwą) Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna. W związku z powyższym, ilekroć w dokumentach związanych z zawarciem niniejszej Umowy ubezpieczenia (w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, na podstawie których zawarto niniejszą Umowę ubezpieczenia) podawana jest nazwa Ubezpieczyciela (Towarzystwa) „Concordia Polska TUW” lub „Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych”, to należy przez to rozumieć „Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna”.



UMOWA UBEZPIECZENIA NNW GRUPOWE

X. ZGŁASZANIE SZKÓD

W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem prosimy o przesłanie zgłoszenia **faksem** na numer: **61 858 48 99**; **e-mailem: szkody.poznan@concordiaubezpieczenia.pl** lub za pośrednictwem **formularzy ON-LINE** zamieszczonych na stronie internetowej **www.concordiaubezpieczenia.pl**.

Data zawarcia umowy
2021-05-07 12:00:19

Miejsce zawarcia umowy

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Podpis i pieczęć Przedstawiciela Ubezpieczyciela

**OŚWIADCZENIA DO UMOWY UBEZPIECZENIA NNW GRUPOWE**

Okres ubezpieczenia	OD 2021-05-09 DO 2021-05-09
Ubezpieczający	MAZOWIECKO - WARSZAWSKI ZWIĄZEK PIŁKI SIATKOWEJ, 015442456, UL. GRAŻYNY 13/15/8, 02-548 WARSZAWA
Ubezpieczony	Zgodnie z pkt III UBEZPIECZENI na polisie 25582159
Zakres i przedmiot ubezpieczenia	Zgodnie z pkt: IV ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH na polisie 25582159
Składka	Składka za osobę: 0,3 (słownie: zero zł) , Składka za grupę: 200,1 (słownie: dwieście zł) ; Forma i warunki płatności: 1 - 2021-05-08, 200,1 zł, przelew. Wpłata zostanie dokonana przelewem na rachunek bankowy Ubezpieczyciela nr: 59 1750 1312 0760 0001 2558 2159.

OŚWIADCZENIA:

- Ubezpieczający oświadcza, że Umowa ubezpieczenia jest zgodna z zadeklarowanymi przez niego wymaganiami i potrzebami odnośnie do rodzaju produktu, zakresu i warunków ochrony ubezpieczeniowej.
- Potwierdzam, że otrzymałem(-am) polisę 25582159, stanowiącą potwierdzenie zawarcia ww. Umowy (Umów) ubezpieczenia.
- Niniejsze oświadczenie potwierdza zawarcie Umowy (Umów) ubezpieczenia zgodnie z treścią polisy wygenerowanej z systemu Concordia Polska T.U. S.A. dnia 2021-05-07 r. o godz. 12:00:19
- Wszelkie odręczne adnotacje zamieszczone na polisie i niniejszym oświadczeniu (poza informacją dotyczącą cesji praw z Umowy ubezpieczenia) są nieważne.
- Oświadczam, że wszystkie dane, o które Ubezpieczyciel zapytywał mnie w związku z obejmowaniem ochroną ubezpieczeniową podałem/podałam zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą.
- Na mocy przepisów ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych (dalej: RODO) Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu przy ul. S. Małachowskiego 10 jest administratorem Pana/Pani danych osobowych.
- Jako administrator danych osobowych Concordia Polska T.U. S.A. informuje Pana/Panią, iż:
 - podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia;
 - Pana/Pani dane przetwarzane będą w celu:
 - zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia (art. 6 ust.1 pkt b) RODO;
 - realizacji uzasadnionego interesu administratora: marketingu bezpośredniego produktów własnych administratora i dochodzenia roszczeń (art. 6 ust. 1 pkt f) RODO;
 - realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze: m.in. wynikającego z przepisów o rachunkowości, czynności podejmowane w związku z przeciwdziałaniem przestępczości ubezpieczeniowej, ocenie ryzyka (art. 6 ust. 1 pkt c) RODO;
 - marketingu, na podstawie dobrowolnej zgody (jeśli została wyrażona) - (art. 6 ust. 1 pkt a) RODO;
 - posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - dane mogą być udostępnione przez Ubezpieczyciela innym zakładom ubezpieczeń, prowadzącym działalność w zakresie reasekuracji czynnej, w celach związanych z reasekuracją ryzyka oraz innym podmiotom wykonującym usługi i spełniającym świadczenia objęte Umową ubezpieczenia, jak również podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 1844) o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
 - kontakt z inspektorem ochrony danych u Ubezpieczyciela możliwy jest pod adresem e-mail iod@concordiaubezpieczenia.pl lub nr tel. 61 858 48 00;
 - dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do wykonania Umowy ubezpieczenia, zgodnie z przepisami prawa;
 - ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul.

- Stawki 2, 00-193 Warszawa) gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO;
- Pana/Pani dane osobowe mogą zostać wykorzystane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania - w celach zawarcia, wykonania Umowy oraz marketingu. Na podstawie otrzymanych danych może zostać dokonana ocena ryzyka oraz kalkulacja składki przez system informatyczny (bez wpływu człowieka). Ma Pan/Pani prawo do:
 - zakwestionowania decyzji wydanej bez wpływu człowieka, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez człowieka - poprzez kontakt z Ubezpieczycielem,
 - wniesienia sprzeciwu na przetwarzanie danych osobowych w celu marketingowym (w tym profilowania).
- Oświadczam, że przed zawarciem Umowy otrzymałem (-am) obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym w formie Ustandaryzowanego dokumentu oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia stosowanych do umów ubezpieczenia grupowego i indywidualnego następstw nieszczęśliwych wypadków od 22 sierpnia 2018 r. i/lub aneksów, na podstawie których Umowę zawarto oraz zapoznałem (-am) się z nimi i zaakceptowałem (-am) ich treść, która nie budzi dla mnie wątpliwości. Umowa ubezpieczenia jest zgodna z zadeklarowanymi przeze mnie wymaganiami i potrzebami odnośnie do rodzaju produktu, zakresu i warunków ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczony oświadcza, że został poinformowany o możliwości zwrócenia się do Ubezpieczyciela o dostęp do informacji dotyczących Umowy ubezpieczenia zawartej na jego rachunek, w tym w szczególności: rodzajów ryzyka objętych umową ubezpieczenia, warunków ochrony ubezpieczeniowej i wyłączeń z jej zakresu, możliwych przyczyn odmowy wypłaty świadczenia oraz zasad dotyczących finansowania ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczyciel informuje, iż z dniem 02.01.2020 r. doszło do przekształcenia Concordia Polska T.U. z towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych w spółkę akcyjną działającą pod firmą (nazwą) Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna. W związku z powyższym, ilekroć w dokumentach związanych z zawarciem niniejszej Umowy ubezpieczenia (w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, na podstawie których zawarto niniejszą Umowę ubezpieczenia) podawana jest nazwa Ubezpieczyciela (Towarzystwa) „Concordia Polska T.U.” lub „Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych”, to należy przez to rozumieć „Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna”.

DANE UBEZPIECZYCIELA:

Ubezpieczycielem w ramach niniejszej Umowy ubezpieczenia jest Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu przy ul. S. Małachowskiego 10, Sąd Rejonowy Poznań - Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu VIII Wydział Gospodarczy, KRS nr 0000819414, NIP: 7822877431, Kapitał zakładowy: 66 260 270,00 zł, Kapitał opłacony: 66 260 270,00 zł.

Data zawarcia umowy
2021-05-07 12:00:19

Czytelny podpis Ubezpieczającego



NNW GRUPOWE - ARKUSZ ANALIZY POTRZEB KLIENTA

Klient

MAZOWIECKO - WARSZAWSKI ZWIĄZEK PIŁKI SIATKOWEJ

Klient zapoznał się z dokumentacją produktu NNW GRUPOWE, w tym z:

- Ogólnymi warunkami ubezpieczenia
- Ustandaryzowanym dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym

ANALIZA - USTALENIA

1. Klient ma potrzebę objęcia ochroną w wariantcie ograniczonym (ochrona ograniczona do wybranej aktywności).
2. Klient ma potrzebę objęcia ochroną ubezpieczeniową ryzyk związanych z:
 - śmiercią w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
3. Klient został poinformowany, że w przypadku, w którym ochrona ubezpieczeniowa w ramach danej klauzuli nie jest udzielana ze względu na fakt, że zgodnie z postanowieniami tej klauzuli dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa:
 - a) jeszcze nie rozpoczęła się (z uwagi na zapisy dotyczące karencji);
 - b) bądź uległa zawieszeniu;
 - c) bądź wygasa na skutek osiągnięcia przez Ubezpieczonego określonego wieku lub na skutek zaistnienia innej wskazanej w ramach tej klauzuli okoliczności

Ubezpieczyciel na okres braku ochrony ubezpieczeniowej w ramach takiej klauzuli dodatkowej udziela zamiast tego ochrony w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Suma ubezpieczenia dla klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku pozostaje analogiczna jak suma ubezpieczenia w klauzuli dodatkowej, w ramach której doszło do przekształcenia ochrony. W przypadku, w którym Ubezpieczony na skutek takiego przekształcenia ochrony jest objęty wielokrotnie ochroną w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenia dodatkowe wypłacane w ramach tej klauzuli podlegają kumulacji. Klient potwierdza, że powyższe rozwiązanie jest zgodne z jego potrzebami i wymaganiami dotyczącymi ochrony ubezpieczeniowej.

Oświadczenie Klienta

Akceptuję przedstawioną ofertę ubezpieczenia. Zaproponowany zakres ochrony wynika z przeprowadzonej analizy moich potrzeb oraz jest zgodny z moimi oczekiwaniami odnośnie do rodzaju produktu i zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Podpis Przedstawiciela Concordia Polska T.U. S.A.