

**Instrukcja zakupu ubezpieczenia w ramach polis obowiązujących
w okresie od dnia 01.10.2025 do dnia 30.09.2026
Umowa ubezpieczenia studentów i doktorantów Uniwersytetu Medycznego
w Lublinie**

1. Kliknij link na ofercie lub

click the link on the offer or

- zeskanuj kod QR lub

scan the QR code or

- wejdź na stronę:

go to the website:

<https://klient.interrisk.pl/EduPlusOnline>



Podaj numer ID Klienta i naciśnij „Sprawdź ofertę”

Enter the *ID Klient* number and press "Sprawdź ofertę/Check the offer"

dla Pakietu Podstawowego A (składka 80 zł) wprowadź numer **y5tjs**

dla Pakietu Rozszerzonego B (składka 100 zł) wprowadź numer **spchj**

2. Po wybraniu przycisku „Sprawdź ofertę” wyświetli się oferta z wariantami ubezpieczenia

Press "Sprawdź ofertę", the insurance offer will be displayed

KOD QR PAKIET PODSTAWOWY A:



KOD QR PAKIET ROZSZERZONY B:



Witaj, przygotowaliśmy 4 oferty ubezpieczenia szkolnego specjalnie dla Ciebie!

Ubezpieczający: FUNDACJA WSPARCIA POCZYNÓW - WARSZAWA

Oferta dla dzieci/uczniów/studentów

	Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV
Składka roczna	128,00 zł	80,00 zł	55,00 zł	35,00 zł
Suma ubezpieczenia (SU)	80 000 zł	40 000 zł	30 000 zł	18 000 zł
Okres ubezpieczenia* *z zastrzeżeniem zapisów OWU EDU PLUS	2022-09-01 - 2023-08-31	2022-09-01 - 2023-08-31	2022-09-01 - 2023-08-31	2022-09-01 - 2023-08-31
Opcja ubezpieczenia	Podstawowa	Podstawowa	Podstawowa	Podstawowa
RODZAJ I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA				
Śmierć Ubezpieczonego na terenie placówki oświatowej w wyniku NW	160 000 zł (łącznie ze świadczeniem wskazanym w wierszu poniżej)	80 000 zł (łącznie ze świadczeniem wskazanym w wierszu poniżej)	60 000 zł (łącznie ze świadczeniem wskazanym w wierszu poniżej)	36 000 zł (łącznie ze świadczeniem wskazanym w wierszu poniżej)
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW (w tym również zawał serca i udar mózgu)	80 000 zł	40 000 zł	30 000 zł	18 000 zł

Wyczynowe uprawianie sportu

Składka
90,00 zł

Kup ubezpieczenie

Polisa nr: 136176

[Postanowienia dodatkowe i odmienne od OWU](#)



W umowie obowiązują Ogólne Warunki Ubezpieczenia OWU EDU Plus zatwierdzone uchwałą nr 01/27/03/2024 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń SA Vienna Insurance Group z dnia 27.03.2024 r.

3. Otwórz Ogólne Warunki Ubezpieczenia oraz postanowienia dodatkowe i odmienne zapoznaj się z dokumentami.



Open the General Terms and Conditions of Insurance – the Ogólne Warunki Ubezpieczenia button and the Postanowienia dodatkowe i odmienne od OWU - and read the document

4. Zaznacz checkbox o doręczeniu i zapoznaniu się z Ogólnymi Warunkami EDU PLUS
Check the statements that you have read the EDU plus GTC

5.

	Składka 128,00 zł	Składka 80,00 zł	Składka 55,00 zł	Składka 35,00 zł
	Kup ubezpieczenie	Kup ubezpieczenie	Kup ubezpieczenie	Kup ubezpieczenie
	Polisa nr: 110413 Postanowienia dodatkowe i odmienne od OWU	Polisa nr: 110415 Postanowienia dodatkowe i odmienne od OWU	Polisa nr: 110417 Postanowienia dodatkowe i odmienne od OWU	Polisa nr: 110418 Postanowienia dodatkowe i odmienne od OWU

Wybierz wariant i wciśnij przycisk „Kup Ubezpieczenie”

Select the variant and press the „Buy Insurance /Kup Ubezpieczenie" buton

6.

Uzupełnij dane osoby zgłaszającej osobę Ubezpieczoną

Dane Klienta

Jesteś rodzicem lub opiekunem prawnym albo studentem samodzielnie opłacającym składkę – wpisz swoje dane.

Imię: Nazwisko: PESEL:

E-mail: Potwierdź e-mail:

Zapisz

Powrót do wariantów **Przejdź do podsumowania**

Na kolejnym ekranie osoba zgłaszająca wprowadza swoje dane osobowe:

On the next screen, submitting person enters their personal data

- Imię (name)
- nazwisko (surname)
- PESEL lub datę urodzenia (PESEL or Date of birth)
- e-mail x2

Następnie należy przycisnąć „Zapisz”

Then press the "Save/Zapisz" button

7.

Oświadczenia

☒ Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu **Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych** [*].

☒ Wyrażam zgodę na udostępnianie – na żądanie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group – moich/mojego dziecka 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/mojego dziecka 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 udzielają mi/mojemu dziecku 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. [*]

☒ Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów, które udzielają lub będą udzielać mi/mojemu dziecku świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego/mojego dziecka 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. [*]

[*]Zgody i oświadczenia są niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia

☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych tzw. automatycznych systemów wywołujących; wskazuję jako formę kontaktu: wiadomości elektroniczne (podany przeze mnie adres e-mail)

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, w celu marketingu własnych produktów lub usług oraz dla potrzeb przygotowania dla mnie odpowiedniej oferty, co obejmuje także profilowanie w celu poznania moich potrzeb i preferencji, moich danych osobowych po zakończeniu umowy w zakresie obejmującym moje dane identyfikacyjne, kontaktowe oraz dane dotyczące zawartych przeze mnie umów i ich realizacji, a także inne dane zebrane związane ze świadczeniem mi usług ubezpieczeniowych lub zbierane w związku z zapytaniami lub kontaktami dotyczącymi takich usług.

Powrót

Zapisz

Powrót do wariantów

Przejdź do podsumowania

Zaznacz niezbędne oświadczenia do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia (pierwsze cztery są obowiązkowe) i „Zapisz”

Select the necessary declarations to conclude and perform the insurance contract (the first four are mandatory), then press the "Zapisz/Save" button

8.

Uzupełnij dane wszystkich osób, które będą objęte ubezpieczeniem

Dane Klienta

Wpisz dane dziecka.

Jeżeli jesteś studentem wpisz swoje dane.

Kliknij ZAPISZ, aby zatwierdzić dodanie osoby.

Imię

Nazwisko

PESEL

Kod pocztowy / poczta

Miasto

Ulica

Numer budynku / mieszkania

Powrót

Zapisz

Ubezpieczony / Ubezpieczeni

Lp.	Imię i Nazwisko	PESEL / data urodzenia	Adres zamieszkania	Edytuj	Usuń
1	JAN NIKOLAJ	80020712	UL. NOAKOWSKIEGO 22, 00-668 WARSZAWA		

Powrót do wariantów

Przejdź do podsumowania

Uzupełnij dane ubezpieczonego (Studenta/Doktoranta). Możesz wypełnić dane dla kilku ubezpieczonych. Po wypełnieniu danych osobowych zatwierdź dane przyciskiem „Zapisz”

Complete the data of the insured (Student/PhD Student). You can insure several persons. After filling in your personal data, save the data with the "Zapisz/Save" button.

Imię (name), Nazwisko(surname), kod pocztowy (post code), Miasto (city), ulica (street), PESEL lub datę urodzenia (PESEL or Date of birth)

Centrala:
ul. Noakowskiego 22
00-668 Warszawa
www.interrisk.pl

Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy
XII Wydział Gospodarczy KRS
KRS 0000054136
Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony 137.640.100 PLN

Zezwolenie Ministra Finansów Du/905/A/KP/93
z dnia 5 listopada 1993 r.
REGON 010644132
NIP 526-00-38-806

9. Po zapisaniu wszystkich danych należy przycisnąć „Przejdź do podsumowania”
After saving all the data, press „Przejdź do podsumowania / Go to summary”

10.

Wybierz wariant Uzupełnij dane Podsumowanie Opłać i odbierz polisę

Okres ubezpieczenia*
2022-09-01 - 2027-08-31
* - z zastrzeżeniem zapisów OWU Edu Plus

Adres email na który zostanie przesłana dokumentacja ubezpieczeniowa
MARCJUSZ.KOZLOWSKI@INTERRISK.PL

Łączna składka za osobę: 75,00 zł
Łączna składka za wszystkich ubezpieczonych: 35,00 zł

[Postanowienia dodatkowe i odmiennie od OWU](#)

SZCZEGÓŁY UBEZPIECZENIA	
Opcja ubezpieczenia	Podstawowa
Suma ubezpieczenia (SU)	18 000 zł
Numer polisy	101418
RODZAJ I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA	
Śmierć Ubezpieczonego na terenie placówki oświatowej w wyniku NW	36 000 zł (łącznie ze świadczeniem wskazanym w wierszu poniżej)
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW (w tym również zawał serca i udar mózgu)	18 000 zł
100% uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW	18 000 zł

Opcja Dodatkowa D13 - Koszty leczenia stomatologicznego w wyniku NW	do 1 000 zł (nie więcej niż 300 zł za każdy zabieg)
Opcja Dodatkowa D14 - Uciążliwe leczenie w wyniku NW	150 zł
Opcja Dodatkowa D15 - Assistance EDU PLUS (indywidualne korepetycje, pomoc medyczna, pomoc rehabilitacyjna dla pracownika placówki oświatowej)	✓
Opcja Dodatkowa D16 - TeleMedycyna (12 E-konsultacji lekarskich: internisty, pediatrii lub dietetyka)	✓
Opcja Dodatkowa D20 - Pakiet KLESZCZ i rozpoznanie boreliozy (świadczenie za rozpoznanie boreliozy u Ubezpieczonego 1000 zł, zwrot kosztów usunięcia kleszcza do 150 zł, zwrot badań diagnostycznych do 150 zł, zwrot kosztów antybiotykoterapii do 200zł)	✓
Opcja Hej! Stop	✓
Wyczynowe uprawianie sportu	✓

Ubezpieczony / Ubezpieczeni

L.p.	Imię i Nazwisko	PESEL / data urodzenia	Adres zamieszkania	Składka za osobę
1	JAKUB KOSIŃSKI	2002-07-11	ul. Młodych Polaków 1, 05-110 SULEJÓW (OS. OTO SUŁKOWSKA)	35,00 zł

[Wstecz](#) [Przejdź do płatności](#)

Sprawdź dane ubezpieczonych i podany adres e-mail. Na wskazany adres e-mail zostanie przesłana dokumentacja.

Check the data of the insured and the e-mail address. Documentation will be sent to the e-mail address provided.

11. Po kliknięciu w przycisk „Przejdź do płatności” następuje przekierowanie do systemu płatniczego PayU. Należy dokonać płatności.

After clicking the "Przejdź do płatności/Go to payment" button, you will be redirected to the PayU payment system. Payment must be made.

Po dokonaniu płatności otrzymasz dokumentację ubezpieczeniową na wskazany adres email.

After making the payment, you will receive the insurance documentation to the email address provided.

Ubezpieczenie Edu Plus Online

Czy chcesz skorzystać z oferty ubezpieczenia NNW dla rodzica lub opiekuna prawnego?

NIE **TAK**

Przed skorzystaniem z oferty dla rodzica lub opiekuna możesz pobrać certyfikat wraz z zakresem ubezpieczenia oraz Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia. Przypominamy, że dokumenty zostaną również przesłane na wskazany adres e-mail.

POBIERZ

Załączone dokumenty ze względów bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych zostały zaszyfrowane. Dostęp do dokumentów jest możliwy po wprowadzeniu 10-znakowego hasła, którym jest data urodzenia (pełen rok, miesiąc, dzień) i dwie pierwsze wielkie litery imienia osoby zgłaszającej do ubezpieczenia.
Przykład:
data urodzenia: 23.03.1977 r.
imię osoby zgłaszającej: Adam,
hasło: 19770323AD

The attached documents have been encrypted for security and personal data protection reasons. Access to documents is possible after entering a 10-digit password, which is the date of birth (year, month, day) and the first two capital letters of the name of the person submitting for insurance (parent).

Example:

date of birth: March 23, 1977

name of the reporting person: Adam,

password: 19770323AD

Koniec procesu/End of the process