

Indywidualny Program Ubezpieczeniowy dla Funkcjonariuszy Publicznych

UBEZPIECZYCIEL	Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A.
UBEZPIECZAJĄCY	Śląsko Małopolskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych
UBEZPIECZONY	Funkcjonariusz publiczny
ZAKRES UBEZPIECZENIA	<p>Odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego za Czyste Szkody Majątkowe wyrządzone Osobom Trzecim wskutek uchybienia popełnionego przy wykonywaniu czynności zawodowych przez funkcjonariuszy publicznych bez względu na podstawę prawną odpowiedzialności cywilnej funkcjonariusza.</p> <p>Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje w szczególności odpowiedzialność funkcjonariusza na podstawie ustawy z dnia 20.01.2011 r. o odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy publicznych za rażące naruszenie prawa.</p> <p>Ubezpieczeniem objęte są również roszczenia z tytułu <u>naruszenia dóbr osobistych</u> Osób Trzecich w związku z wykonywaniem czynności zawodowych oraz roszczenia z tytułu konsekwencji <u>uszkodzenia, zniszczenia lub utraty akt i innych dokumentów</u> związanych z wykonywaniem czynności zawodowej, z wyjątkiem pieniędzy i papierów wartościowych.</p>
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA	Zawodowa odpowiedzialność cywilna
KOSZTY OCHRONY PRAWNEJ	Do wysokości 30 000 zł ponad sumę gwarancyjną
ZAKRES TERYTORIALNY	Roszczenia dochodzone przed polskimi sądami i według polskiego prawa
OKRES UBEZPIECZENIA	12 miesięcy
SUMA GWARANCYJNA	<p>I wariant: 60 000 PLN na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia</p> <p>II wariant: 150 000 PLN na jeden i na wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia</p> <p>III wariant: 200 000 PLN na jeden i na wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia</p>
SKŁADKA	<p>I wariant: 20 PLN miesięcznie</p> <p>II wariant: 25 PLN miesięcznie</p> <p>III wariant: 30 PLN miesięcznie</p>
WARUNKI UBEZPIECZENIA	Umowa generalna w sprawie grupowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej funkcjonariuszy publicznych.

DEKLARACJA PRZYSTAPIENIA

UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZAWODOWEJ URZĘDNIKÓW

Dane Ubezpieczonego:

Imię i nazwisko	
Adres, kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer	
PESEL	
Miejsce pracy/ nazwa i adres	
Zajmowane stanowisko	

Suma gwarancyjna:

- 60.000 zł na jedno i na wszystkie zdarzenia
 150.000 zł na jedno i na wszystkie zdarzenia
 200.000 zł na jedno i na wszystkie zdarzenia

Początek odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń:
(dzień – miesiąc - rok)

Oświadczenie

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody na udostępnianie moich danych, w tym danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w celach analitycznych i marketingowych.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S. A.**, z siedzibą w Warszawie, ul. Chmielna 85/87. Przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe głównie w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, realizacji umowy ubezpieczenia, likwidacji szkód, marketingu, analiz biznesowych oraz realizacji obowiązków do których zobowiązuje nas prawo.

Jeśli Warta uzyskała od Pani/Pana zgodę na przetwarzanie danych osobowych to ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Jednym z przysługujących Pani/Panu praw jest prawo do wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, w tym profilowania na tej podstawie, oraz do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę.

W przypadku jakichkolwiek pytań, w celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z inspektorem ochrony danych na adres IOD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby Warty podanym powyżej lub osobiście/telefonicznie z agentem.

Warta dba o Pani/Pana dane osobowe, przetwarza je zgodnie z przepisami prawa i starannością. Szczegóły w tym informacje o wszystkich przysługujących prawach i zasadach przetwarzania danych przez Wartę znajdują się na banerze informacyjnym u agenta lub w załączniku do polisy, a także na stronie internetowej pod adresem: www.warta.pl

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez Wartę.

Ja niżej podpisany dobrowolnie deklaruje chęć przystąpienia do grupowego ubezpieczenia urzędników w zakresie odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy publicznych za rażące naruszenie prawa. Kwituję odbiór warunków ubezpieczenia i potwierdzam, że treść ich – stanowiąca część zawartej umowy ubezpieczenia – jest mi znana.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszej deklaracji są pełne i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Ubezpieczonego)

Data i potwierdzenie przyjęcia deklaracji w imieniu TUiR WARTA S.A.: