

WNIOSEK O WYSTAWIENIE ISIC

7 – 12 lat (ważna 12 miesięcy)

☐ ISIC bez ubezpieczenia (45 zł)

☐ ISIC z NNW w Polsce (85 zł)

☐ ISIC z ubezpieczeniem podróżnym (165 zł)

Imię (First name)		Nazwisko (Family name)	
Data urodzenia (Date of birth)		PESEL	
Uczelnia/Szkoła (University/College)		Nr legitymacji szkolnej (School ID Card No)	
Adres zamieszkania (Address)	 (ulica, numer domu i mieszkania) (kod pocztowy, miejscowość)		
Telefon komórkowy (Mobile phone No)		e-mail	

Po dokonaniu dodatkowej opłaty wnioskuje o rozszerzenie ubezpieczenia podróżnego o:
(poniższe rozszerzenia dotyczą tylko legitymacji ISIC z ubezpieczeniem podróżnym za 165 zł)

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • rozszerzenie zakresu ubezpieczenia poprzez zwiększenie sumy ubezpieczenia kosztów leczenia do 250 000 EUR (dopłata 84 zł do ceny | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • następstw nieszczęśliwych wypadków na terenie Polski (dopłata 40 zł do ceny legitymacji) | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • ubezpieczenie chorób tropikalnych (dopłata 60 zł do ceny legitymacji) | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • ubezpieczenia na terytorium USA, Kanady, Australii, Japonii (SU kosztów leczenia do 50 000 EUR) (dopłata 339 zł do ceny legitymacji) | ☐ TAK | ☐ NIE |
| • ubezpieczenia na terytorium USA, Kanady, Australii, Japonii (SU kosztów leczenia do 250 000 EUR) (dopłata 500 zł do ceny legitymacji) | ☐ TAK | ☐ NIE |

Przyjmuję do wiadomości i akceptuję bez zastrzeżeń, że poprzez wypełnienie i złożenie niniejszego wniosku i dokonanie wymaganej opłaty za legitymację (stanowiącej składkę członkowską w Stowarzyszeniu Almatuur) przystępuję do Stowarzyszenia Almatuur jako członek stowarzyszony.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Stowarzyszenie Almatuur z siedzibą w 00-332 Warszawa, ul. Oboźna 7/32 moich danych osobowych w zakresie: imię, nazwisko, PESEL, dane adresowe, adres e-mail, nr tel., dane szkoły, nr leg. studenckiej, oraz udostępnienie tych danych:

- ISIC Association z siedzibą w Kopenhadze 1450, Nytorv5 w Danii, w celu realizacji umowy o wydanie karty ubezpieczeniowej posiadacza legitymacji ISIC.
- Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (zwany dalej Compensa) z siedzibą w Warszawie przy ulicy ul. Al. Jerozolimskie 162 oraz przedstawicielowi Compensa realizującego usługi Assistance.

Jednocześnie informujemy iż współadministratorami Pani/Pana danych osobowych jest Stowarzyszenie Almatuur oraz Almatuur ID Sp. z o.o. prowadzące działalność pod adresem 00-332 Warszawa, ul. Oboźna 7/32. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie we wskazanym wyżej celu (zgoda na przetwarzanie danych) a podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne ale konieczne w celu wydania i obsługi legitymacji ISIC/ITIC/IYTC/Almatuur. Dostęp do Pani/Pana danych osobowych będą miały tylko podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa i Pana/Pani zgody. Wyrażając zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, a w przypadku zaistnienia takiej konieczności do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, przeniesienia swoich danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. W celu realizacji przysługujących uprawnień, oraz innych sprawach związanych z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych prosimy o kontakt z sekretariatem ISIC Polska info@isic.pl lub nr tel. 22 8 26 26 14.

Niniejszym potwierdzam otrzymanie WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO, legitymacji oraz świadectwa ubezpieczenia dla posiadaczy międzynarodowych legitymacji ISIC, ITIC, IYTC. Wyrażam zgodę na zasięganie przez Compensę oraz przedstawiciela Compensy realizującego usługi assistance od podmiotów, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych wszystkich informacji (w tym dokumentacji medycznej) dotyczących mojego stanu zdrowia. Jednocześnie zwalnię lekarzy, w kraju i za granicą, placówki służby zdrowia oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrażam zgodę na udostępnienie Compensie, bądź przedstawicielowi Compensy dokumentacji z przebiegu leczenia.

.....
(data i podpis Ubezpieczonego/opiekuna prawnego)

☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Stowarzyszenie Almatuur lub Almatuur ID Sp. z o.o. drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie we wniosku adres e-mail, informacji handlowych, dotyczących produktów i usług oferowanych przez Stowarzyszenie Almatuur lub Almatuur ID w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U z 2013 r., poz. 1422 ze zm.) Oświadczam, że moja zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, co skutkować będzie usunięciem moich danych.

Nr legitymacji ISIC

.....
Pieczęć i podpis wystawiającego potwierdzający zawarte w aplikacji dane