

SUPER GRUPA

WNIOSEK O OTWARCIE PAKIETU ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa _____ P _____
ID POLISA-ŻYCIE _____ ID Pośrednika _____ Rodzaj Pośrednika _____ Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa _____
UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. _____ Agent/Broker _____

DANE DOTYCZĄCE PAKIETU

Numer Pakietu: _____

POŚREDNIK (Imię i Nazwisko/Nazwa):

Suma ubezpieczenia: _____ PLN słownie: _____

Składka dla 1 osoby: _____ PLN słownie: _____

Składka będzie opłacana z częstotliwością miesięczną.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

	RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	Zakres świadczenia	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota świadczenia
1)	zgon Ubezpieczonego	100%	100%	
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	50%-200%		
3)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2))	50%-200%		
4)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2))	50%-200%		
5)	zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2))	50%-200%		
6)	zgon chorobowy Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1))	50%-200%		
7)	zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci)	30%-100%		
8)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku: - za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu - za 100% uszczerbku na zdrowiu	1% - 4% 100% - 400%		
9)	wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania	10%-40%		
10)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 5 lub więcej dni, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	0,25%-0,5%		
11)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni, jeśli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem	0,5%-1%		
12)	narodziny żywego Dziecka Ubezpieczonemu	5%-15%		
13)	narodziny martwego Dziecka Ubezpieczonemu	10%-50%		
14)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego	25%-100%		
15)	zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 14))	25%-100%		
16)	zgon Dziecka Ubezpieczonego	25%-100%		
17)	zgon Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 16))	25%-100%		
18)	zgon Rodziców Ubezpieczonego	5%-15%		
19)	zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego	5%-15%		

ROZSZERZENIE PAKIETU O UMOWĘ DODATKOWĄ DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA **TAK** **NIE**

DD - MM - RRRR _____ POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.
Data podpisania wniosku _____ pieczęć i podpis Pośrednika _____ pieczęć i podpis osoby reprezentującej POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. _____