

Nr Pakietu: - -

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
pieczęć RBH/Przedstawicielstwa	ID Pośrednika	Rodzaj pośrednika Agent/Broker	Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

PODSTAWOWE DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/ UBEZPIECZANEGO (prosimy wypełniać drukowanymi literami)Imię / imiona: Nazwisko: Data urodzenia / dzień: miesiąc: rok: PESEL: Seria i numer dowodu osobistego:

Adres do kontaktu z Ubezpieczającym:

ulica: nr domu: nr mieszkania: kod pocztowy: - miejscowość: nr telefonu: e-mail: Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest łącznie ze składką należną z tytułu Umowy Podstawowej i wynosi dla 1 osoby: zł

Częstotliwość opłacania składki z tytułu Umowy Dodatkowej wynika z Umowy Podstawowej.

Suma ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej równa jest sumie ubezpieczenia określonej w Umowie Podstawowej

Data początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej zgodna z datą zawarcia umowy Podstawowej.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Lp.	RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	kwota
1)	rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	2000 PLN
2)	leczenie szpitalne - świadczenie apteczne	100 PLN
3)	poddanie Ubezpieczonego operacji chirurgicznej (pobyt w szpitalu minimum 3 dni):	
	a) I klasa	800 PLN
	b) II klasa	50 % świadczenia określonego w ppkt a)
	c) III klasa	25 % świadczenia określonego w ppkt a)
4)	przeprowadzenie u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia	800 PLN
5)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni	50 PLN
6)	powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu	50 PLN

Ponadto Ubezpieczony bierze udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” zgodnie z obowiązującym w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej Regulaminem Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”

OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę, aby ten wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej do Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie „Super Grupa”. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem/łam Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej do Umowy Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GRUPA”, zatwierdzone Uchwałą nr 01/10/2015 Zarządu „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 17 marca 2015 roku oraz Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, które stanowią załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz ww. Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”, z którymi się zapoznałem/łam i których treść akceptuję.

Wyrażam zgodę na udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” na podstawie ww. Regulaminu Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”. Wyrażam równocześnie zgodę na przekazywanie moich danych osobowych AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z Siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B w celach związanych z realizacją Programu.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorami danych osobowych są „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A oraz AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z Siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Wszystkie oświadczenia oraza dane osobowe składam dobrowolnie, a podane we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

data podpisania wniosku

podpis Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego

Jako pośrednik ubezpieczeniowy oświadczam, iż wniosek został sporządzony i podpisany w mojej obecności, a personalia Ubezpieczonego zostały przeze mnie zweryfikowane na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

„POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group
pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek