

## BEZPIECZNE DZIECKO

### WNIOSEK O OTWARCIE PAKIETU ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DZIECI I MŁODZIEŻY BEZPIECZNE DZIECKO

UWAGA! PRZED WYPEŁNIENIEM NINIEJSZEGO WNIOSKU NALEŻY PRZEPROWADZIĆ ANKIETĘ POTRZEB KLIENTA  
WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

     -      -         

Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

\_\_\_\_\_  
Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

### DANE DOTYCZĄCE PAKIETU

Numer Pakietu: \_\_\_\_\_

DYSTRYBUTOR UBEZPIECZEŃ (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	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
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)	trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku	0,5%-2%		
4)	poważne zachorowanie Ubezpieczonego	10%-30%		
5)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt w szpitalu nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem oraz jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Ubezpieczony ukończył 3 rok życia, za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni	0,05%-0,5%		
6)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni, jeżeli pobyt w szpitalu był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	0,05%-1%		
7)	zgon rodzica Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50%-200%		

     -      -         

Data podpisania wniosku

\_\_\_\_\_ miejscowość

AGENT  
/BROKER

\_\_\_\_\_

ID Dystrybutora ubezpieczeń

\_\_\_\_\_

Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń

\_\_\_\_\_

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń

\_\_\_\_\_

ID Dystrybutora ubezpieczeń  
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

**POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.**

Dystrybutor ubezpieczeń

\_\_\_\_\_

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń