

OPEN SCHOLAR

WNIOSEK O OTWARCIE PAKIETU ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DZIECI I MŁODZIEŻY OPEN SCHOLAR

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 roczną.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń:

	w zakresie podstawowym (obligatoryjnym):	zakres (wstawić X w przypadku wyboru ryzyka)	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
1)	zgon Ubezpieczonego	10%-100%		
	w zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru):			
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego)	50%-200% <input type="checkbox"/>		
3)	trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku*	0,5%-2% <input type="checkbox"/>		
4)	poważne zachorowanie Ubezpieczonego:			
	Pakiet I	10%-30% <input type="checkbox"/>		
	Pakiet II	10%-30% <input type="checkbox"/>		
5)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeżeli pobyt w szpitalu nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	0,05%-0,5% <input type="checkbox"/>		
6)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem	0,05%-1% <input type="checkbox"/>		
7)	rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>		500 PLN
8)	zgon rodzica Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	10%-250% <input type="checkbox"/>		
9)	wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego (świadczenie należy określić jako wielokrotność 50 PLN)	50-250 PLN <input type="checkbox"/>		
10)	wystąpienie u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie należy określić jako wielokrotność 10 PLN)	50-100 PLN <input type="checkbox"/>		
11)	zatrucie Ubezpieczonego gazami skutkujące pobyt w szpitalu trwającym co najmniej 1 dzień:			
	z utratą przytomności	10%-25% <input type="checkbox"/>		
	bez utraty przytomności	50% (świadczenia określonego dla zatrucia z utratą przytomności)		

12)	porażenie Ubezpieczonego prądem skutkujące pobytym w szpitalu trwającym co najmniej 1 dzień:			
	z utratą przytomności	10%-25%	<input type="checkbox"/>	
	bez utraty przytomności	50% (świadczenia określonego dla porażenia prądem z utratą przytomności)		
13)	pogryzienie Ubezpieczonego przez psa skutkujące pobytym w szpitalu trwającym co najmniej 1 dzień	10%-25%	<input type="checkbox"/>	
14)	utonięcie Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku)	50%-200%	<input type="checkbox"/>	
15)	powstanie Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - świadczenia wymienione w Tabeli nr 1 OWU OPEN SCHOLAR**		<input type="checkbox"/>	
16)	złamanie - świadczenie stanowiące iloczyn 20% sumy ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego dla złamań, wymienionego w Tabeli nr 2 OWU OPEN SCHOLAR**		<input type="checkbox"/>	
17)	zwichnięcie stawu - świadczenie stanowiące iloczyn 20% sumy ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego dla zwichnięć, wymienionego w Tabeli nr 3 OWU OPEN SCHOLAR**		<input type="checkbox"/>	

*Brak możliwości wyboru ryzyka, w przypadku ryzyka wskazanego w pkt 15), 16), 17) tabeli powyżej.

**Brak możliwości wyboru ryzyka, w przypadku ryzyka wskazanego w pkt 3) tabeli powyżej.

DD - MM - RRRR _____
 Data podpisania wniosku miejscowość

AGENT
/BROKER

 ID Dystrybutora ubezpieczeń
 Agent Broker

 Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń

 Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń

AGENT

 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