

WNIOSEK o zawarcie umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków OPTIMA (PROGRAM DLA PZŁ)



Na podstawie znanych mi Ogólnych Warunków Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków OPTIMA, zatwierdzone uchwałą Zarządu Gothaer TU S.A. Nr 171/15 z dnia 22 grudnia 2015r.

*

od do 28.02.2017

*** Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu składki, pod warunkiem przesłania skanu uzupełnionego wniosku wraz z potwierdzeniem płatności składki**

Ubezpieczający	P O L S K I Z W I A Z E K Ł O W I E C K I			
	Imię		Nazwisko	
Adres zameldowania	N O W Y Ś W I A T			
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod pocztowy
	W A R S Z A W A	3 5		0 0 - 0 2 9
	Miejscowość	P O L S K A		
		Kraj		

Ubezpieczony/ **DANE WYMAGANE**
Ubezpieczeni* **UZUPEŁNIAC DRUKOWANYMI LITERAMI**

Imię i nazwisko	1) Adres zamieszkania/ 2) adres do korespondencji/ 3) adres e-mail 4) Numer telefonu kontaktowego	PESEL	Stopień pokrewieństwa
	1) 2) 3) 4)		
	1) 2) 3) 4)		
	1) 2) 3) 4)		
	1) 2) 3) 4)		
	1) 2) 3) 4)		
	1) 2) 3) 4)		

Zakres ubezpieczenia

Rodzaje świadczeń	Maksymalne wysokości świadczeń
Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku	1% sumy ubezpieczenia NNW za 1% trwałego uszczerbku, maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia NNW
Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100% sumy ubezpieczenia NNW
Świadczenie z tytułu złamania kości, oparzenia, odmrożenia, wstrząśnienia i stłuczenia mózgu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1% sumy ubezpieczenia NNW za każdy wskaźnik procentowy ustalony dla danego urazu
Zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych i ortopedycznych Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	do 30% sumy ubezpieczenia NNW
Zwrot kosztów przysposobienia zawodowego inwalidów w następstwie nieszczęśliwego wypadku	do 30% sumy ubezpieczenia NNW
Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę wskutek nieszczęśliwego wypadku	dodatkowe 5% wypłaconego świadczenia, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu przekroczy 50 %

Opcjonalnie:

Nr klauzuli	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	
		Wariant I	Wariant II
1	Koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków	30.000 PLN	50.000 PLN
8	Koszty poszukiwań i ratownictwa	30.000 PLN	50.000 PLN

Daty przystępowania do ubezpieczenia

I kwartał programu - od 01.03.2016 w dowolnym momencie, nie później niż do 31.05.2016
 II kwartał programu - od 01.06.2016 w dowolnym momencie, nie później niż do 31.08.2016
 III kwartał programu - od 01.09.2016 w dowolnym momencie, nie później niż do 30.11.2016
 IV kwartał programu - od 01.12.2016 w dowolnym momencie, nie później niż do 31.01.2017

Okres ubezpieczenia niezależnie od daty przystąpienia do ubezpieczenia kończy się 28.02.2017

Wysokość składki

Data przystąpienia	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał
Suma ubezpieczenia				
30.000 PLN	40 PLN	34 PLN	26 PLN	14 PLN
50.000 PLN	65 PLN	55 PLN	42 PLN	22 PLN

Składka dodatkowa za włączenie do zakresu ubezpieczenia kosztów leczenia i kosztów poszukiwań i ratownictwa

Koszty leczenia

Data przystąpienia	od 01.03.2016 do 28.02.2017	od 01.06.2016 do 28.02.2017	od 01.09.2016 do 28.02.2017	od 01.12.2016 do 28.02.2017
Suma ubezpieczenia				
30.000 PLN	140 PLN	119 PLN	91 PLN	49 PLN
50.000 PLN	224 PLN	190 PLN	146 PLN	78 PLN

Koszty poszukiwań i ratownictwa

Data przystąpienia	od 01.03.2016 do 28.02.2017	od 01.06.2016 do 28.02.2017	od 01.09.2016 do 28.02.2017	od 01.12.2016 do 28.02.2017
Suma ubezpieczenia				
30.000 PLN	27 PLN	23 PLN	17 PLN	9,50 PLN
50.000 PLN	45 PLN	38 PLN	29 PLN	16 PLN

Suma ubezpieczenia	Zakres podstawowy	☐	Wariant I - 30.000 PLN	☐	Wariant II - 50.000
	Koszty leczenia	☐	Wariant I - 30.000 PLN	☐	Wariant II - 50.000
	Koszty poszukiwań i ratownictwa	☐	Wariant I - 30.000 PLN	☐	Wariant II - 50.000

** wariant ubezpieczenia dla wszystkich członków rodziny musi być jednakowy. Wariant ubezpieczenia zakresu podstawowego oraz świadczeń dodatkowych musi być jednakowy*

Sposób płatności składki Składka płatna jednorazowo w wysokości wynikającej z iloczynu składki za wybrany zakres oraz dany okres ubezpieczenia oraz liczby osób ubezpieczonych

Numer konta do wpłaty składki 95 1500 1689 1216 8007 4986 0000

Oświadczenie Ubezpieczającego

Zobowiązuję się do zapłaty składki na podane konto w wysokości wynikającej z iloczynu składki za dany okres ubezpieczenia oraz liczby osób ubezpieczonych.
Zostałem poinformowany o obowiązku udzielenia informacji o okolicznościach, o których mowa we wniosku. Powyższy obowiązek wynika z Art. 815 Kodeksu Cywilnego.
Oświadczam, że powyższe informacje podałem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Przyjmuję do wiadomości, że podanie niezgodnych z prawdą lub niepełnych informacji może spowodować skutki prawne, wynikające z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa ubezpieczenia.
Potwierdzam, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem i zapoznałem się z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia mających zastosowanie w umowie ubezpieczenia.
Wyrażam zgodę /Nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych podanych przeze mnie w treści niniejszego wniosku do celów marketingowych przez Gothaer Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Wyrażam zgodę /Nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych podanych przeze mnie w treści niniejszego wniosku do celów marketingowych przez podmioty współpracujące z Gothaer Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Oświadczam, że zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach na podstawie ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101 poz. 926 z późn. zm.), związanych z wyrażeniem zgody, w tym o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, oraz o celu, w jakim dane te są przekazywane.
Gothaer Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Wołoskiej 22A informuje, iż Pani/Pana dane osobowe w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia będą przekazywane i przetwarzane w celu i w zakresie realizacji umowy ubezpieczenia, której jest Pan/Pani stroną.
Zwalniam lekarzy sprawujących nadę mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej w zakresie niezbędnym do prawidłowej likwidacji szkody / uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez mnie danych o stanie mojego zdrowia i wyrażam zgodę na udostępnienie Gothaer TU S.A. dokumentacji z mojego leczenia.

**niepotrzebne skreślić*

Dane do wysyłki wniosku wraz z potwierdzeniem opłacenia składki

Wypełniony wniosek należy przesłać skanem na adres: dradzikowska@modusbroker.pl, ewentualnie pocztą bądź na adres:

Dorota Radzikowska
Kancelaria Brokerska MODUS Sp. z o.o.
ul. Galeckiego 14
96-100 Skierniewice

Dane do przelewu składki:

Kancelaria Brokerska Modus Sp z o.o., ul. Pustelnicka 48/8, 04-138 Warszawa
nr rachunku bankowego: 95 1500 1689 1216 8007 4986 0000

Miejscowość, data i czytelny podpis Ubezpieczonego

