

*

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

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

[illegible]

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 01.03.2017 w dowolnym momencie, nie później niż do 31.05.2018
II kwartał programu - od 01.06.2017 w dowolnym momencie, nie później niż do 31.08.2018
III kwartał programu - od 01.09.2017 w dowolnym momencie, nie później niż do 30.11.2018
IV kwartał programu - od 01.12.2017 w dowolnym momencie, nie później niż do 31.01.2018

Okres ubezpieczenia niezależnie od daty przystąpienia do ubezpieczenia kończy się 28.02.2018r.

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 01.03.2017 do 28.02.2018	od 01.06.2017 do 28.02.2018	od 01.09.2017 do 28.02.2018	od 01.12.2017 do 28.02.2018
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 01.03.2017 do 28.02.2018	od 01.06.2017 do 28.02.2018	od 01.09.2017 do 28.02.2018	od 01.12.2017 do 28.02.2018
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 ☐ Variant I - 30.000 PLN ☐ Variant II - 50.000 Koszty leczenia ☐ Variant I - 30.000 PLN ☐ Variant II - 50.000 Koszty poszukiwań i ratownictwa ☐ Variant I - 30.000 PLN ☐ Variant II - 50.000
<i>* wariant ubezpieczenia dla wszystkich członków rodziny musi być jednakowy. Wariant ubezpieczenia zakresu podstawowego oraz świadczeń dodatkowych musi być jednakowy</i>	
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	90 1240 6960 4553 1115 1805 2010
Oświadczenie osoby przystępującej do ubezpieczenia, bądź osoby reprezentującej osobę przystępującą do ubezpieczenia:	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. <i>*niepotrzebne skreślić</i>
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. Gałęckiego 14 96-100 Skierniewice Dane do przelewu składki: Gothaer TU S.A. Ul. Wołoska 22A 02-675 Warszawa nr rachunku bankowego: 90 1240 6960 4553 1115 1805 2010

Miejscowość, data i czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia, bądź osoby reprezentującej osobę przystępującą do ubezpieczenia