**WNIOSEK o zawarcie umowy**

**ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków OPTIMA (PROGRAM DLA PZŁ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Ogólne Warunki Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków OPTIMA, zatwierdzone uchwałą Zarządu WIENER TU S.A. Vienna Insurance Group nr 171/15  z dnia 22 grudnia 2015r. | | |  |  | | --- | --- | | od .......................... do 28.02.2021 | \* | |

***\* 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 | Ą | Z | E | K |  | Ł | O | W | I | E | C | K | I |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   Imię Nazwisko  ***Adres zameldowania***   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | N | O | W | Y |  | Ś | W | I | A | T |  |  |  |  |  |  |  | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  | 0 | 00 |  | - |  | 0 | 2 | 9 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   Ulica Nr domu Nr lokalu Kod pocztowy   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | W | A | R | S | Z | A | W | A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P | O | L | S | K | A |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   Miejscowość Kraj |
| **Ubezpieczony/ Ubezpieczeni\*** | ***DANE WYMAGANE***  ***PROSZĘ UZUPEŁNIAĆ 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) |  |  | |
| **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 | 10.000 PLN | 20.000 PLN | | **8** | **Koszty poszukiwań i ratownictwa** | 30.000 PLN | 50.000 PLN | |
| **Daty przystępowania do ubezpieczenia** | **I kwartał programu** - od 01.03.2020 w dowolnym momencie, nie później niż do 31.05.2020  **II kwartał programu** - od 01.06.2020 w dowolnym momencie, nie później niż do 31.08.2020  **III kwartał programu** - od 01.09.2020 w dowolnym momencie, nie później niż do 30.11.2020  **IV kwartał programu** - od 01.12.2020 w dowolnym momencie, nie później niż do 31.01.2021  ***Okres ubezpieczenia niezależnie od daty przystąpienia do ubezpieczenia kończy się 28.02.2021r.*** |
| **Wysokość składki** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Data przystąpienia**  **Suma ubezpieczenia** | **I kwartał** | **II kwartał** | **III kwartał** | **IV kwartał** | | **30.000 PLN** | 85 PLN | 72 PLN | 55 PLN | 30 PLN | | **50.000 PLN** | 140 PLN | 118 PLN | 90 PLN | 47 PLN | |
|  | Składka **dodatkowa** za włączenie do zakresu ubezpieczenia kosztów leczenia i kosztów poszukiwań i ratownictwa  **Koszty leczenia**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Data przystąpienia**  **Suma ubezpieczenia** | od 01.03.2020  do 28.02.2021 | od 01.06.2020  do 28.02.2021 | od 01.09.2020  do 28.02.2021 | od 01.12.2020  do 28.02.2021 | | **10.000 PLN** | 55 PLN | 47 PLN | 36 PLN | 19 PLN | | **20.000 PLN** | 120 PLN | 102 PLN | 78 PLN | 42 PLN |   **Koszty poszukiwań i ratownictwa**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Data przystąpienia**  **Suma ubezpieczenia** | od 01.03.2020  do 28.02.2021 | od 01.06.2020  do 28.02.2021 | od 01.09.2020  do 28.02.2021 | od 01.12.2020  do 28.02.2021 | | **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 PLN | | **Koszty leczenia** |  | Wariant I - 10.000 PLN |  | Wariant II - 20.000 PLN | | **Koszty poszukiwań i ratownictwa** |  | Wariant I - 30.000 PLN |  | Wariant II - 50.000 PLN |   ***\**** *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** | **Wariant I – 24 1240 6960 4539 0315 1812 5585**  **Wariant II – 94 1240 6960 4539 0315 1812 5586** |
| **Oświadczenie osoby przystępującej do ubezpieczenia, bądź osoby reprezentującej osoby przystępujące 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 prawda 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 WIENER TU S.A. Vienna Insurance Group.  **Wyrażam zgodę /Nie wyrażam**\* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych podanych przeze mnie w treści niniejszego wniosku do celów marketingowych przez podmioty współpracujące z WIENER TU S.A. Vienna Insurance Group.  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 pózn. 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.  WIENER TU S.A. Vienna Insurance Group 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 nade 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 WIENER TU S.A. Vienna Insurance Group dokumentacji z mojego leczenia.  *\*niepotrzebne skreślić* |
| **Dane do wysyłki wniosku wraz z potwierdzeniem opłacenia składki** | **Wypełniony wniosek należy przesłać skanem na adres:** [**zszczesniewska@modusbroker.pl**](mailto:zszczesniewska@modusbroker.pl)**,** **ewentualnie pocztą** **bądź na adres:**  Żaklina Szcześniewska Kancelaria Brokerska MODUS Sp. z o.o. ul. Gałeckiego 14  96-100 Skierniewice  **Dane do przelewu składki:**  WIENER TU S.A. Vienna Insurance Group  ul. Wołoska 22A, 02-675 Warszawa  nr rachunku bankowego:  **Wariant I - 24 1240 6960 4539 0315 1812 5585**  **Wariant II - 94 1240 6960 4539 0315 1812 5586** |

|  |
| --- |
|  |

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