**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 01.03.2020do 28.02.2021 | od 01.06.2020do 28.02.2021 | od 01.09.2020do 28.02.2021 | od 01.12.2020do 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 01.03.2020do 28.02.2021 | od 01.06.2020do 28.02.2021 | od 01.09.2020do 28.02.2021 | od 01.12.2020do 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****,** **ewentualnie pocztą** **bądź na adres:** Żaklina SzcześniewskaKancelaria Brokerska MODUS Sp. z o.o.ul. Gałeckiego 1496-100 Skierniewice**Dane do przelewu składki:** WIENER TU S.A. Vienna Insurance Groupul. 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