

14)	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM”** (za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni)	0,1%-1% nie więcej niż 200,00 zł za każdy dzień		
15)	Pobyt małżonka/konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** (za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni)	0,1%-0,5% nie więcej niż 100,00 zł za każdy dzień		
16)	Pobyt dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** (za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni)	0,1%-0,5% nie więcej niż 100,00 zł za każdy dzień		
17)	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy (za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku)	1%	<input type="checkbox"/>	
18)	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku)	1%	<input type="checkbox"/>	
19)	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku)	1%	<input type="checkbox"/>	
20)	Narodziny Ubezpieczonemu wcześniaka	20%	<input type="checkbox"/>	
21)	Wystąpienie poronienia u Ubezpieczonego lub małżonka Ubezpieczonego	20%	<input type="checkbox"/>	
22)	Poddanie Ubezpieczonego operacji chirurgicznej:**			
a)	I klasy:	5%-50% nie więcej niż 6.000,00 zł		
b)	II klasy:	50% świadczenia określonego w ppkt a)		
c)	III klasy:	25% świadczenia określonego w ppkt a)		
23)	Poddanie Ubezpieczonego operacji chirurgicznej (hospitalizacja minimum 3 dni):**			
a)	I klasy:	5%-50% nie więcej niż 6.000,00 zł		
b)	II klasy:	50% świadczenia określonego w ppkt a)		
c)	III klasy:	25% świadczenia określonego w ppkt a)		
24)	Rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku		<input type="checkbox"/>	2 000,00 zł
25)	Rehabilitacja Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek		<input type="checkbox"/>	500,00 zł
26)	Rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku		<input type="checkbox"/>	2 000,00 zł
27)	Rekonwalescencja szpitalna Ubezpieczonego (za każdy dzień niezdolności)**	0,1%-0,5% nie więcej niż 50,00 zł za każdy dzień		
28)	Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy (za każdy dzień niezdolności trwającej 4 lub więcej dni)**	0,1%-0,5% nie więcej niż 50,00 zł za każdy dzień		
29)	Przeprowadzenie u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia**	10%-50% nie więcej niż 5 000,00 zł		
30)	Leczenie szpitalne - świadczenie apteczne	100,00 zł	<input type="checkbox"/> 200,00 zł <input type="checkbox"/> 300,00 zł <input type="checkbox"/> 400,00 zł <input type="checkbox"/> 500,00 zł	
31)	Rozszerzenie definicji poważnego zachorowania:			
a)	Ubezpieczonego	analogiczny do Umowy podstawowej	Pakiet I <input type="checkbox"/>	Pakiet II <input type="checkbox"/>
b)	małżonka Ubezpieczonego	analogiczny do Umowy podstawowej	Pakiet I <input type="checkbox"/>	Pakiet II <input type="checkbox"/>
c)	dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego	analogiczny do Umowy podstawowej	Pakiet I <input type="checkbox"/>	Pakiet II <input type="checkbox"/>

** w przypadku wyboru niniejszego ryzyka określić % świadczenia

Ponadto Ubezpieczeni biorą udział w Programie „Pakiet Usług Assistance” zgodnie z obowiązującym w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej Regulaminem Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”¹⁾

OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę, aby ten wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GWARANCJA”. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem/łam Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy „SUPER GWARANCJA”, zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 03/43/2013 z dnia 19 grudnia 2013 roku, Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, a także Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, oraz Regulamin Uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”, z którymi się zapoznałem/łam, i których treść akceptuję.

Jednocześnie zobowiązuję się do przekazania na piśmie powyższych dokumentów kształtujących treść umowy ubezpieczenia, osobom zainteresowanym objęciem ochroną ubezpieczeniową, przed wyrażeniem przez nie zgody na ubezpieczenie.

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie ww. adresu e-mail do przesyłania przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group informacji dotyczących umowy ubezpieczenia, w szczególności w zakresie zmian warunków tej umowy oraz rozpatrywania reklamacji. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przesyłania za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji handlowej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. 2016 r. poz. 1030 z późn. zm.). NIE:

data podpisania wniosku

pieczęć imienna i podpis Ubezpieczającego / osoby reprezentującej Ubezpieczającego

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

„POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group
pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek

1) dot. wyłącznie umów ubezpieczenia, w których zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko, o którym mowa w pkt. 24) niniejszego wniosku.