

Deklaracja przystąpienia

do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

UBEZPIECZAJĄCY: STOWARZYSZENIE UBEZPIECZONYCH, ul. Borowska 246B/2, 50-558 Wrocław, tel. 71 785 46 57

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Adres zameldowania

Adres korespondencyjny (wpisać jeśli jest inny niż adres zameldowania)

Wykonywany zawód (nie dotyczy dzieci)

Telefon

E-mail

W przypadku, gdy ubezpieczonym jest dziecko, prosimy o wskazanie danych osoby uprawnionej do odbioru świadczenia:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres korespondencyjny

Na podstawie znanych mi Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków wnoszę o zawarcie umowy tego ubezpieczenia z początkiem odpowiedzialności

Od (dd-mm-rrrr)

Dane uposażonych:

	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w świadczeniu (%)
1.					
2.					
3.					

PARAMETRY UBEZPIECZENIA

Zakres ubezpieczenia	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	50.000 PLN	100.000 PLN	130.000 PLN
Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za 1% uszczerbku)	1.000 PLN	1.000 PLN	1.300 PLN
Koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych	10.000 PLN	10.000 PLN	10.000 PLN
Pobyty Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1 dzień, płatne od 3. dnia)	50 PLN	50 PLN	80 PLN
Pobyty Ubezpieczonego na OIOM (min. 48h)	500 PLN	500 PLN	500 PLN
Rekonwalescencja po pobycie w szpitalu (za 1 dzień)	30 PLN	30 PLN	40,50 PLN
Czasowa niezdolność do pracy (od 10. dnia, jeśli niezdolność trwała do 30 dni lub od 1. dnia, jeśli niezdolność trwała powyżej 30 dni)	30 PLN	30 PLN	30 PLN
Koszty leczenia	1.000 PLN	1.000 PLN	1.300 PLN
Koszty rehabilitacji	1.000 PLN	1.000 PLN	2.000 PLN
Zwrot kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	10.000 PLN	10.000 PLN	10.000 PLN
Uciążliwe leczenie (brak stwierdzonego uszczerbku, ale była operacja lub pobyt w szpitalu w NNW)	500 PLN	500 PLN	500 PLN

Wysokość składki miesięcznej za 1 Ubezpieczonego zgodnie z właściwą klasą ryzyka zawodowego (str. 2)

Udział ubezpieczonego w składce 100%

I. Klasa ryzyka zawodowego	18,00 PLN	<input type="checkbox"/>	29,00 PLN	<input type="checkbox"/>	38,00 PLN	<input type="checkbox"/>
II. Klasa ryzyka zawodowego	23,00 PLN	<input type="checkbox"/>	37,50 PLN	<input type="checkbox"/>	49,00 PLN	<input type="checkbox"/>
III. Klasa ryzyka zawodowego	27,00 PLN	<input type="checkbox"/>	59,00 PLN	<input type="checkbox"/>	76,00 PLN	<input type="checkbox"/>

Pierwsza składka powinna zostać wpłacona najpóźniej do końca miesiąca poprzedzającego okres ochrony (np. do 31 stycznia 2017 należy wpłacić składkę za luty 2017). Kolejne składki należy wpłacać w terminie do 20-tego dnia każdego miesiąca, za miesiąc następny (np. do 20-tego lutego 2017 należy wpłacić składkę za marzec 2017).

- I. **Klasa ryzyka zawodowego** a) osoby wykonujące prace w przeważającej części w biurach, placówkach oświatowych, naukowych, leczniczych, artystycznych i kulturalnych, rzemiośle ręcznym, b) dzieci (zgodnie z definicją dziecka podaną w OWU NNW, z zastrzeżeniem, że w sytuacji, gdy osoba ukończyła 16 lat i jest zatrudniona lub prowadzi działalność gospodarczą zastosowanie ma klasa ryzyka właściwa dla wykonywanej przez tę osobę pracy lub prowadzonej działalności gospodarczej), c) osoby duchowne, d) osoby uprawiające rekreacyjnie i/lub wyczynowo jedną z poniżej wymienionych dyscyplin sportu: bilard, brydż, golf, modelarstwo, pływanie, snooker, szachy, warcaby, wędkarstwo;
- II. **Klasa ryzyka zawodowego** a) pracownicy inżynieryjno-techniczni zatrudnieni przeważnie poza biurami (pracownie, laboratoria, warsztaty, budowy), osoby wykonujące prace w rzemiośle zmechanizowanym, handlu, rolnictwie, leśnictwie, budownictwie, przemyśle (poza zaliczonymi do klasy III), transporcie, żegludze, gazownictwie, służbie weterynaryjnej, lotnictwie, wojsku, policji, strażach pożarnych, ratownictwie, sędziowie, trenerzy, instruktorzy sportowi, osoby świadczące usługi, b) osoby niepracujące c) osoby uprawiające rekreacyjnie i/lub wyczynowo jedną z poniżej wymienionych dyscyplin sportu: badminton, baseball (w tym softball), bowling (kręglarstwo), curling, fitness, kajakarstwo, korfbal, koszykówka, lekkoatletyka, łucznictwo, łyżwiarstwo figurowe, łyżwiarstwo szybkie, orientacja sportowa (w tym radioorientacja sportowa), piłka siatkowa, ringo, speedrower, sport psich zaprzęgów, sport taneczny, strzelectwo sportowe, szermierka, tenis, tenis stołowy, triathlon, wioślarstwo, wrotkarstwo
- III. **Klasa ryzyka zawodowego** a) osoby wykonujące prace w przemyśle energetycznym przy urządzeniach wysokiego napięcia, przemyśle górnictwa i kopalnictwa pod ziemią, ratownicy górscy, saperzy, inne osoby zatrudnione przy materiałach wybuchowych, nurkowie, oblatywacze samolotów, akrobaci, kaskaderzy, treserzy dzikich zwierząt, ujeżdżacze i treserzy koni wyścigowych, b) osoby uprawiające rekreacyjnie i/lub wyczynowo jedną z poniżej wymienionych dyscyplin sportu: akrobatyka, biathlon, boks, gimnastyka, hokej na lodzie, hokej na trawie, jeździectwo, judo, karate (w tym karate tradycyjne i karate fudokan), kendo, kickboxing, kulturystyka, narciarstwo, narciarstwo wodne, piłka nożna, piłka ręczna, płetwonurkowanie, podnoszenie ciężarów, rugby, snowboard, sport motorowodny, sumo, taekwondo, unihokey (floorball), trójbój siłowy, wu-shu, zapasy

OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany oświadczam że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i są przekazywane w dobrej wierze, oraz że nie ukryłem (am) żadnego faktu, o którym w nim zapytano.

Oświadczam, że przed dniem zawarcia na moją rzecz umowy ubezpieczenia wraz z/am zgodę na zawarcie na moją rzecz umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, co potwierdzam własnoręcznym podpisem na niniejszej deklaracji.

Wyrażam zgodę na automatyczne kontynuowanie umowy w kolejnych okresach ochrony ubezpieczeniowej. Należną składkę zobowiązuję się wpłacać miesięcznie nie później niż 20 dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc ochrony, na wskazany rachunek bankowy. Niniejszym upoważniam Stowarzyszenie Ubezpieczonych oraz BBU RAK Sp. z o.o. do naliczania rat składki łącznie z innymi opłatami, pobierania ich na warunkach określonych przez Stowarzyszenie Ubezpieczonych i BBU RAK Sp. z o.o. i odprowadzania do InterRisk TU S.A. Oświadczam, iż przyjmuję na siebie obowiązek opłacania składki.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych dobrowolnie przez InterRisk TU SA, Brokerskie Biuro Ubezpieczeń RAK Sp. z o.o. oraz Stowarzyszenie Ubezpieczonych z siedzibą we Wrocławiu przy ulicy Borowskiej 246B/2 do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na przetwarzanie – aktualnie i w przyszłości – w celach marketingowych moich danych osobowych, przez InterRisk TU SA oraz Brokerskie Biuro Ubezpieczeń RAK Sp. z o.o. i Stowarzyszenie Ubezpieczonych.

Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez InterRisk TU SA, Brokerskie Biuro Ubezpieczeń Rak Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Borowskiej 246b/2 oraz Stowarzyszenie Ubezpieczonych z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Borowskiej 246b/2 jako administratorów danych osobowych o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych, przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych, statutowych, marketingowych- aktualnie i w przyszłości oraz w celu realizacji obowiązków wynikających z realizacji obowiązków wynikających z innych przepisów prawa.

Niniejszym upoważniam Ubezpieczającego do odbierania w moim imieniu wszelkich oświadczeń i informacji, do których przekazywania ubezpieczonemu zobowiązany jest ubezpieczyciel w związku z zawarciem, wykonaniem i zamianą umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszej deklaracji.

Niniejszym potwierdzam, że przed wyrażeniem zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej otrzymałem(am) i zapoznałem (am) się z treścią Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

Kontakt: tel. **71 785 46 57** e-mail: **bluro@stowarzyszenieubezpieczonych.pl**

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpiezonego
