

Polisa Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczenie Grupowe

SIGNAL IDUNA

SIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

POLISĘ PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIĘ, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM

Nr polisy **387602** Nazwa pośrednika: **TWOI DORADCY FINANSOWI** ☒ Oryginal ☐ Kopia
Nr pośrednika/
Nr RAU OWCA **11447386/P** Rodzaj ubezpieczenia: ☐ nowe ☒ nowe zawarcie
– kontynuacja Poprzednia polisa Nr: **383474**

1. DANE UBEZPIELAJĄCEGO

Nazwa firmy **SOPOCKI KLUB JEŹDZIECKI**
NIP **5851361137** REGON **191983023** PESEL
Adres siedziby
/zamieszkania **SOPOT** **81-745**
mięscowosc kod pocztowy
POLNA **1**
ulica nr domu nr lokalu
numer telefonu faks e-mail
Adres do
korespondencji
(jeśli inny
niż siedziby/
zamieszkania)
mięscowosc kod pocztowy
ulica nr domu nr lokalu
numer telefonu faks e-mail
Imię, nazwisko,
osoby reprezentujące

2. DANE O UBEZPIECZONYCH

Przynależność Ubezpieczonych do danej grupy (np.: pracownicy, członkowie organizacji, stowarzyszeń, klubów ect.):

CZŁONKOWIE KLUBU, ZAWODNICY

3. OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia od **01.01.2023** do **31.12.2023**

4. SUMA UBEZPIECZENIA

Suma ubezpieczenia w PLN **7.000,00**

5. ZAKRES UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. potwierdza zawarcie umowy w zakresie:

ZAKRES UBEZPIECZENIA				Wysokość świadczenia w PLN
Zakres podstawowy				
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku 50% SU				3.500,00
100% trwałego uszczerbku na zdrowiu doznanego w wyniku nieszczęśliwego wypadku				☐ Wariant I ☐ Wariant II ☒ Wariant III 7.000,00
Koszty naprawy lub nabycia protez i środków pomocniczych związanych z następstwem nieszczęśliwego wypadku (10% SU max. 10 000 PLN)				700,00
Koszty niezbędnych operacji kosmetycznych związanych z następstwem nieszczęśliwego wypadku (10% SU max. 10 000 PLN)				700,00
Zakres dodatkowy				
☒ Podwyższone świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku 50% SU)				☒ 100% SU ☐ 200% SU 7.000,00
☐ Świadczenie z tytułu śmierci w wyniku zawału serca lub udaru mózgu 50% SU				
☐ Refundacja kosztów leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej – następstwa nieszczęśliwego wypadku (15% SU max 15 000 PLN)				
☐ Refundacja kosztów leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej – następstwa nieszczęśliwego wypadku (20% SU max 15 000 PLN)				
☐ Dzielne świadczenie szpitalne wskutek nieszczęśliwego wypadku (0,2% SU max 100 PLN do 14 dni)				
☐ Dzielne świadczenie szpitalne wskutek nieszczęśliwego wypadku (0,1% SU max 50 PLN od 14 do 180 dni)				
☐ Świadczenie związane z pobytem na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej wskutek nieszczęśliwego wypadku (500 PLN)				
☐ Świadczenie z tytułu pobytu w sanatorium – następstwa nieszczęśliwego wypadku (300 PLN)				
☐ Zasiłek dzienny z tytułu czasowej niezdolności do prac lub nauki – następstwa nieszczęśliwego wypadku (0,1% SU max 50 PLN dziennie, od 7 do 90 dni)				
☐ Refundacja kosztów aktywizacji zawodowej – następstwa nieszczęśliwego wypadku (10% SU max 10 000 PLN)				
☐ Świadczenie z tytułu trwałej niezdolności do pracy – następstwa nieszczęśliwego wypadku (20% SU max 10 000 PLN)				
☐ Refundacja kosztów rehabilitacji – następstwa nieszczęśliwego wypadku (10% SU max 10 000 PLN)				
☐ Refundacja kosztów leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (5 % SU max 2 500 PLN)				
☐ Refundacja kosztów leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (10% SU max 2 500 PLN)				
☐ Poważne zachorowania (2 000 PLN)				
☐ Poważne zachorowania (5 000 PLN)				

Grupy ryzyka osób ubezpieczonych	Liczba osób
Grupa 1	100
Grupa 2	
Grupa 3	
Grupa 4	50
Łącznie liczba osób ubezpieczonych:	150

Forma ubezpieczenia ☐ imienna* ☒ bezimienna
 Czas ochrony ubezpieczeniowej ☐ pełny ☒ ograniczony

*Załącznik nr 1 stanowiący wykaz osób ubezpieczonych z podziałem na grupy ryzyka stanowi integralną część niniejszej polisy, o ile ubezpieczenie zostało zawarte w formie imiennej.

6. PŁATNOŚĆ SKŁADKI

☒ **Jednorazowa:** całkowita składka do zapłaty w PLN 2960
 składka płatna do 1 5 0 1 2 0 2 3

☐ **Półroczna:** całkowita składka do zapłaty w PLN
 pierwsza rata składki płatna do
 kwota raty do zapłaty w PLN
 druga rata składki płatna do

☐ **Kwartalna:** całkowita składka do zapłaty w PLN
 pierwsza rata składki płatna do
 trzecia rata składki płatna do
 kwota raty do zapłaty w PLN
 czwarta rata składki płatna do

☐ **Miesięczna:** całkowita składka do zapłaty w PLN
 pierwsza rata składki płatna do
 kolejne do dnia każdego miesiąca

W przypadku płatności gotówką potwierdza się odbiór składki/ i raty składki

podpis Agenta

Numer konta do zapłaty składki:

SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w mBank S.A.: 7 5 1 1 4 0 1 6 6 1 1 0 2 3 0 0 0 0 0 0 3 8 7 6 0 2

Na przelew prosimy powołać się na nr polisy 387602

7. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w tym dokumencie są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., w przypadku stwierdzenia ich nieprawdźliwości, może odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa.
- Oświadczam, że doręczone mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków dla Klienta Grupowego zatwierdzonymi Uchwałą Zarządu SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. nr 72/2015 z dnia 15 grudnia 2015, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
- Umowa ubezpieczenia, o której zawarciu wnoszę na podstawie niniejszego wniosku, jest wynikiem analizy moich wymagań i potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, przeprowadzonej na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, oraz że jest ona zgodna z tymi wymaganiami i potrzebami.
- Zostałem(am) poinformowany(a) o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne związane z proponowanym zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia.
- Kwituję niniejszym odbiór polisy.

8. ZGODY MARKETINGOWE

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej złożonej polisy drogą elektroniczną, na podany wyżej adres e-mail i kontakt telefoniczny: ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, w celach marketingowych: ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt powyżej – od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:

wiadomości SMS/MMS ☐ TAK ☐ NIE ☐

wiadomości e-mail ☐ TAK ☐ NIE ☐

telefoniczny ☐ TAK ☐ NIE ☐

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że otrzymałem/ am: Informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

INFORMACJA DOTYCZĄCA SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

- Klient, może składać skargi, zażalenia i reklamacje zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez SIGNAL IDUNA (zwane dalej łącznie „reklamacjami”).
- Reklamacje można zgłaszać w następujących miejscach i formie:
 - pisemnie na adres: SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa,
 - faksem na numer: 22 505 61 01,
 - pocztą elektroniczną: mail: reklamacje@signal-iduna.pl,
 - telefonicznie pod numerem 0 801 120 120 lub 22 505 65 06,
 - osobiście w siedzibie SIGNAL IDUNA (adres jak wyżej) lub Regionalnym Centrum Obsługi Ubezpieczeń (dane kontaktowe Regionalnych Centrów Obsługi Ubezpieczeń SIGNAL IDUNA podane są na stronie internetowej i na bieżąco aktualizowane).
- Reklamacja powinna zawierać dane kontaktowe klienta umożliwiające identyfikację i kontakt w celu udzielenia odpowiedzi (imię i nazwisko, adres, numer umowy ubezpieczenia, której reklamacja dotyczy lub numer sprawy dotyczącej roszczenia, nadany wcześniej przez SIGNAL IDUNA).
- SIGNAL IDUNA rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, chyba, że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie reklamacji i udzielenia odpowiedzi w tym terminie. W takiej sytuacji SIGNAL IDUNA informuje klienta, o przyczynach opóźnienia oraz okolicznościach, które muszą ustalić dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. W przypadku nieprzyjęcia powyższych terminów rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta.
- Odpowiedź na reklamację jest udzielana w formie papierowej lub na innym trwałym nośniku, a na wniosek klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.
- Klient może też składać skargi i zażalenia na działalność SIGNAL IDUNA do Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumentów jest Rzecznik Finansowy (https://rf.gov.pl/). Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby klienta. SIGNAL IDUNA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

9. PODPISY

Gdańsk
miejscowość
Gdańsk
miejscowość

14.12.2022
data
14-12-2022
data

[Podpis]
Paweł Kowalczyk
114447386/P

SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Przyokopowej 31, wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, numer KRS: 0000042793, NIP 583-27-58-112, kapitał zakładowy: 43 100 000 zł opłacony w całości.