

InterRisk
Wniosek NWG-B
O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
odNOWA - UBEZPIECZENIE GRUPOWE

ZAKRES UBEZPIECZENIA (zakres zgodnie z §4 ust. 1 OWU NNW odNOWA):

OPCJA UBEZPIECZENIA:		PRZEZORNY		
	Rodzaj świadczenia	Suma ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w %	Wysokość świadczenia w zł
1.	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	100 000 zł	100% SU	100 000 zł
2.	100% uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100 000 zł	100% SU	100 000 zł
3.	Poniżej 100% uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku		za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu - 1% SU	1 000 zł
4.	Koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku		do 30% SU, nie więcej niż 10 000 zł	do 10 000 zł
5.	Koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku		do 30% SU, nie więcej niż 10 000 zł	do 10 000 zł
6.	Pogryzienia, ukąszenia, użądlenia		jednorazowo 1% SU w przypadku pogryzienia przez psa lub 2% w przypadku pokąsania, ukąszenia lub pogryzienia przez inne zwierzęta niż psy	1 000 zł lub 2 000 zł
7.	Koszty zakupu wózka inwalidzkiego		do 20% SU, nie więcej niż 5 000 zł	do 5 000 zł
8.	Poważny Uraz		jednorazowo 10% SU	10 000 zł

Rozszerzenie zakresu wybranej wyżej opcji ubezpieczenia o opcje dodatkowe:	Suma ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w %	Wysokość świadczenia w zł
Opcja DODATKOWA +13 Śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego	100 000 zł	100% SU	100 000 zł
Opcja DODATKOWA +21 Assistance Medyczny	5 000 zł	świadczenie zgodnie z OWU	zgodnie z OWU

SKŁADKA:

Składka miesięczna za osobę: **18,50 zł**

Nazwisko _____ Imię _____ PESEL _____

[

zawód adres korespondencyjny telefon/ email [

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, - w przypadku nie wpłacenia dwóch kolejnych składek na ubezpieczenie InterRisk, Ubezpieczający ma prawo do wykreślenia mnie z listy osób objętych ubezpieczeniem bez pisemnego powiadomienia.

Składki należne za okres ubezpieczenia prosimy o wpłacanie nie później niż do 20 dnia poprzedzającego kolejny miesiąc ubezpieczenia, na konto **Alior Bank SA 20 2490 0005 0000 4530 9383 2090**

01 - - 20

Deklaruję wolę przystąpienia od dnia

Miejscowość

data

Podpis