

Dane osoby przystępującej do grupowego ubezpieczenia na życie Pakiet - MOJE DZIECKO

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

- W pakiecie MOJE DZIECKO Ubezpieczonym jest **rodzic** lub **opiekun prawny dziecka**.
- Wiek wstępu Ubezpieczonego – od 18 do 69 r. ż.
- Ochroną ubezpieczeniową objęte są **wszystkie dzieci Ubezpieczonego** w wieku od 0 do 18 lat.
- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z upływem ostatniego dnia roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 69 rok życia.

OWU I KARENCJE

- Jeżeli Twoje dziecko chorowało przed zawarciem ubezpieczenia na jedną z poważnych chorób (nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, cukrzyca, dystrofia mięśniowa, guzy śródczaszkowe, śpiączka, sepsa, inwazyjna choroba pneumokokowa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych), świadczenie z tytułu poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone.
- Pobyt w szpitalu dotyczy dzieci, które ukończyły 1 rok życia i nie ukończyły 18 roku życia.
- Świadczenie za pobyt w szpitalu nie przysługuje, jeżeli pobyt dotyczył choroby lub wypadku, które wystąpiły przed rozpoczęciem ubezpieczenia.
- Świadczenia opiekuńcze nie dotyczą chorób przewlekłych lub chorób w wyniku których dziecko było hospitalizowane w ciągu 12 miesięcy przed datą rozpoczęcia ubezpieczenia.
- Obowiązują karencje liczone od daty przystąpienia do ubezpieczenia:
 - ✓ 3 miesiące dla pobytu w szpitalu w wyniku choroby,
 - ✓ 3 miesiące dla poważnych zachorowań,
 - ✓ 3 miesiące na śmierć Ubezpieczonego,
 - ✓ 3 miesiące na konsultacje specjalistyczne.

Karencje nie dotyczą zdarzeń związanych z nieszczęśliwym wypadkiem.

Oświadczam, że:

1. zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem dla Pakietu Moje Dziecko (dalej: OWU);
2. zostałem(am) poinformowany(a), że zaprzestanie opłacania składki z tytułu kosztu ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z rezygnacją z ubezpieczenia w trybie opisanym w OWU;
3. zapoznałem(am) się z karencją, wynoszącą 3 miesiące, liczone od daty początku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej.

Po otrzymaniu Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w grupowym ubezpieczeniu na życie MOJE DZIECKO zobowiązuję się zapoznać ze wszystkimi Oświadczeniami, Deklaracjami, Upoważnieniami i Klauzulami zawartymi we Wniosku.

Data i Czytelny podpis UBEZPIECZONEGO

Tabela świadczeń:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenia Pakiet MOJE DZIECKO				Karencje
	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4	
Śmierć Ubezpieczonego	100 zł	100 zł	100 zł	100 zł	3 miesiące
Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego	30 000 zł	33 000 zł	35 000 zł	38 000 zł	3 miesiące
Konsultacje lekarzy specjalistów w przypadku poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego	tak	tak	tak	tak	3 miesiące
Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu. Dzienne świadczenie za pobyt w szpitalu, trwający min.:					
1 dzień – pobyt w wyniku wypadku komunikacyjnego	150 zł za dzień	180zł za dzień	240 zł za dzień	300 zł za dzień	brak
1 dzień – pobyt w wyniku NW	100 zł za dzień	120 zł za dzień	160 zł za dzień	200 zł za dzień	brak
4 dni – pobyt w wyniku choroby lub obrażenia ciała	50 zł za dzień	60 zł za dzień	80 zł za dzień	100 zł za dzień	3 miesiące
Uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka Ubezpieczonego w NNW	100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała	10 000 zł	15 000 zł	20 000 zł	brak
	1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała	100 zł	150 zł	200 zł	
AXA 24 (Świadczenia opiekuńcze)	TAK	TAK	TAK	TAK	brak
AXA MEDI – sprawny proces leczenia po NW obejmujący wizyty u lekarzy, badania m.in. rezonans magnetyczny i tomografia oraz rehabilitację.	-	-	-	TAK	brak
Program Rabatowy AXA Benefit	TAK	TAK	TAK	TAK	brak
Składka miesięczna Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> 30,00 zł	<input type="checkbox"/> 35,00 zł	<input type="checkbox"/> 45,00 zł	<input type="checkbox"/> 65,00 zł	

Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami – wszystkie pola obowiązkowe.

DANE UBEZPIECZONEGO (rodzic lub opiekun prawny dziecka)	
Nazwisko i imię	
Data urodzenia (wypełnić tylko w przypadku obcokrajowców)	
PESEL	
Rodzaj dokumentu tożsamości wraz z kodem kraju /seria/numer (wypełnić tylko w przypadku obcokrajowców) paszport lub karta pobytu	
Obywatelstwo	
Nr telefonu komórkowego	
e-mail	
Adres do korespondencji	
DANE UPOSAŻONEGO	
Nazwisko i imię	
Data urodzenia	
INFORMACJE DODATKOWE	
WYRAŻAM CHĘĆ POLECANIA PRODUKTU KOLEJNYM KLIENTOM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję Regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną.

Data i czytelny podpis UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko osoby, która poleciła produkt

.....

.....