MODUS
KANCELARIA BROKERSKA

PROPOZYCJA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW, MAŁŻONKÓW, PARTNERÓW ŻYCIOWYCH ORAZ PEŁNOLETNICH DZIECI ŁÓDZKIEJ IZBY LEKARSKO-WETERYNARYJNEJ

Od 18. do 55 r.ż

Rodzaj świadczenia	Wariant SINGIEL			Wariant VIP			Wariant RODZINA		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Składka ogólna	**57,00 zł**	**67,00 zł**	**78,00 zł**	**142,00 zł**	**116,00 zł**	**182,00 zł**	**90,00 zł**	**117,00 zł**	**116,00 zł**
Zgon ubezpieczonego (naturalna, wskutek choroby)	50 000,00 zł	75 000,00 zł	100 000,00 zł	100 000,00 zł	150 000,00 zł	150 000,00 zł	50 000,00 zł	75 000,00 zł	60 000,00 zł
Choroba śmiertelna	25 000,00 zł	37 500,00 zł	50 000,00 zł	50 000,00 zł	75 000,00 zł	75 000,00 zł	25 000,00 zł	37 500,00 zł	30 000,00 zł
Zgon ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu	100 000,00 zł	130 000,00 zł	160 000,00 zł	160 000,00 zł	200 000,00 zł	220 000,00 zł	75 000,00 zł	100 000,00 zł	85 000,00 zł
Zgon ubezpieczonego spowodowany nowotworem złośliwy	-	100 000,00 zł	130 000,00 zł	120 000,00 zł	180 000,00 zł	200 000,00 zł	-	95 000,00 zł	80 000,00 zł
Zgon ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	105 000,00 zł	150 000,00 zł	200 000,00 zł	210 000,00 zł	265 000,00 zł	270 000,00 zł	100 000,00 zł	150 000,00 zł	120 000,00 zł
Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	160 000,00 zł	225 000,00 zł	300 000,00 zł	310 000,00 zł	380 000,00 zł	390 000,00 zł	150 000,00 zł	225 000,00 zł	180 000,00 zł
Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	155 000,00 zł	200 000,00 zł	250 000,00 zł	260 000,00 zł	315 000,00 zł	320 000,00 zł	150 000,00 zł	200 000,00 zł	170 000,00 zł
Zgon ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym w pracy	260 000,00 zł	325 000,00 zł	400 000,00 zł	410 000,00 zł	480 000,00 zł	490 000,00 zł	250 000,00 zł	3 250 000,00 zł	280 000,00 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem - za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu	550,00 zł	600,00 zł	650,00 zł	650,00 zł	700,00 zł	1 000,00 zł	500,00 zł	600,00 zł	500,00 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu - za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu	500,00 zł	550,00 zł	600,00 zł	500,00 zł	600,00 zł	700,00 zł	450,00 zł	450,00 zł	450,00 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka/partnera spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem - za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu	-	-	-	100,00 zł	-	-	-	100,00 zł	100,00 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem - za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu	-	-	-	200,00 zł	-	-	200,00 zł	-	200,00 zł
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku	150,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	250,00 zł	300,00 zł	400,00 zł	200,00 zł	300,00 zł	200,00 zł
Zgon małżonka	-	-	-	15 000,00 zł	-	20 000,00 zł	-	11 000,00 zł	10 000,00 zł

Zgon małżonka/partnera spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu	-	-	-	20 000,00 zł	-	25 000,00 zł		16 000,00 zł	15 000,00 zł
Zgon małżonka/partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	-	-	-	30 000,00 zł	-	40 000,00 zł	-	22 000,00 zł	20 000,00 zł
Zgon małżonka/partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	-	-	-	40 000,00 zł	-	60 000,00 zł	-	32 000,00 zł	30 000,00 zł
Zgon dziecka	-	-	-	10 000,00 zł	-	15 000,00 zł	5 000,00 zł	-	10 000,00 zł
	-	-	-	Dziecko do 25 r.ż	-	Dziecko do 25 r.ż	Dziecko do 25 r.ż	-	Dziecko do 25 r.ż
Zgon dziecka w wyniku wypadku	-	-	-	20 000,00 zł	-	30 000,00 zł	10 000,00 zł	-	20 000,00 zł
Zgon rodzica / teścia	-	-	-	1 800,00 zł	-	2 000,00 zł	1 500,00 zł	1 700,00 zł	1 600,00 zł
Zgon rodzica / teścia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	-	-	-	4 800,00 zł	-	5 000,00 zł	4 500,00 zł	4 700,00 zł	4 600,00 zł
Urodzenie dziecka	-	-	-	1 800,00 zł	-	2 000,00 zł	1 600,00 zł	1 700,00 zł	1 700,00 zł
Urodzenie martwego dziecka	-	-	-	3 600,00 zł	-	4 000,00 zł	3 200,00 zł	3 400,00 zł	3 400,00 zł
Urodzenie dziecka z wadą wrodzoną	-	-	-	1 800,00 zł	-	2 000,00 zł	-	1 700,00 zł	1 700,00 zł
Urodzenie dziecka z niską punktacją w skali APGAR	-	-	-	1 800,00 zł	-	2 000,00 zł	1 600,00 zł	1 700,00 zł	1 700,00 zł
Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego	-	-	-	9 000,00 zł	-	8 000,00 zł	5 000,00 zł	-	7 000,00 zł
Poważne zachorowanie ubezpieczonego	10 000,00 zł	12 000,00 zł	13 000,00 zł	14 000,00 zł	30 000,00 zł	30 000,00 zł	5 000,00 zł	7 500,00 zł	6 000,00 zł
	64 jednostki chorobowe	64 jednostki chorobowe	64 jednostki chorobowe	64 jednostki chorobowe	64 jednostki chorobowe	64 jednostki chorobowe	64 jednostki chorobowe	64 jednostki chorobowe	64 jednostki chorobowe
Poważne zachorowanie małżonka/partnera	-	-	-	3 000,00 zł	-	-	-	3 000,00 zł	3 000,00 zł
	-	-	-	57 jednostek chorobowych	-	-	-	57 jednostek chorobowych	57 jednostek chorobowych
Poważne zachorowanie dziecka					10 000,00 zł		3 000,00 zł	-	6 000,00 zł
	-	-	-	-	31 jednostek chorobowych	-	31 jednostek chorobowych	-	31 jednostek chorobowych
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego	-	2 500,00 zł	2 500,00 zł	2 500,00 zł	5 000,00 zł	5 000,00 zł	-	-	-
Niezdolność ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji	20 000,00 zł	20 000,00 zł	20 000,00 zł	30 000,00 zł	45 000,00 zł	50 000,00 zł	20 000,00 zł	25 000,00 zł	20 000,00 zł
Leczenie specjalistyczne	4 000,00 zł	5 000,00 zł	6 000,00 zł	5 000,00 zł	10 000,00 zł	10 000,00 zł	5 000,00 zł	5 000,00 zł	5 000,00 zł
Operacje chirurgiczne	2 000,00 zł	3 000,00 zł	4 000,00 zł	3 000,00 zł	6 000,00 zł	10 000,00 zł	4 000,00 zł	4 500,00 zł	4 000,00 zł
Operacje chirurgiczne małżonka/parntera	-	-	-	700,00 zł	-	-	-	1 000,00 zł	1 000,00 zł
Leczenie szpitalne ubezpieczonego									
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku choroby/ dzień	90,00 zł (min. 1 pełny dzień)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień)	200,00 zł (min. 1 pełny dzień)	200,00 zł (min. 1 pełny dzień)	75,00 zł (min. 1 pełny dzień)	80,00 zł (min. 1 pełny dzień)	80,00 zł (min. 1 pełny dzień)

Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	150,00 zł (min. 1 pełny dzień)	200,00 zł (min. 1 pełny dzień)	250,00 zł (min. 1 pełny dzień)	250,00 zł (min. 1 pełny dzień)	300,00 zł (min. 1 pełny dzień)	350,00 zł (min. 1 pełny dzień)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień)	150,00 zł (min. 1 pełny dzień)	150,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu/krwotoku śródmózgowego	140,00 zł (min. 2 pełne dni)	150,00 zł (min. 2 pełne dni)	150,00 zł (min. 2 pełne dni)	160,00 zł (min. 2 pełne dni)	250,00 zł (min. 2 pełne dni)	300,00 zł (min. 2 pełne dni)	125,00 zł (min. 2 pełne dni)	140,00 zł (min. 2 pełne dni)	140,00 zł (min. 2 pełne dni)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego	200,00 zł (min. 1 pełny dzień)	250,00 zł (min. 1 pełny dzień)	300,00 zł (min. 1 pełny dzień)	400,00 zł (min. 1 pełny dzień)	500,00 zł (min. 1 pełny dzień)	600,00 zł (min. 1 pełny dzień)	200,00 zł (min. 1 pełny dzień)	300,00 zł (min. 1 pełny dzień)	300,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku w pracy	250,00 zł (min. 1 pełny dzień)	300,00 zł (min. 1 pełny dzień)	350,00 zł (min. 1 pełny dzień)	350,00 zł (min. 1 pełny dzień)	400,00 zł (min. 1 pełny dzień)	450,00 zł (min. 1 pełny dzień)	200,00 zł (min. 1 pełny dzień)	250,00 zł (min. 1 pełny dzień)	250,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy	400,00 zł (min. 1 pełny dzień)	450,00 zł (min. 1 pełny dzień)	500,00 zł (min. 1 pełny dzień)	600,00 zł (min. 1 pełny dzień)	700,00 zł (min. 1 pełny dzień)	800,00 zł (min. 1 pełny dzień)	400,00 zł (min. 1 pełny dzień)	500,00 zł (min. 1 pełny dzień)	500,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt na OIOM w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku	500,00 zł	750,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł	500,00 zł	700,00 zł	600,00 zł
	jednorazowo	jednorazowo	jednorazowo	jednorazowo	jednorazowo	jednorazowo	jednorazowo	jednorazowo	jednorazowo
Rekonwalescencja	50,00 zł	50,00 zł	50,00 zł	100,00 zł	100,00 zł	100,00 zł	50,00 zł	50,00 zł	50,00 zł
Karta apteczna	100,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)	150,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)	200,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)	150,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)	200,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)	250,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)	150,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)	150,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)
Leczenie szpitalne małżonka/partnera									
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku choroby/ dzień	-	-	-	50,00 zł (min. 2 pełny dzień)	-	-	-	50,00 zł (min. 2 pełny dzień)	50,00 zł (min. 2 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	-	-	-	100,00 zł (min. 1 pełny dzień)	-	-	-	100,00 zł (min. 1 pełny dzień)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego	-		-	150,00 zł (min. 1 pełny dzień)	-	-	-	150,00 zł (min. 1 pełny dzień)	150,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt na OIOM w wyniku nieszczęśliwego wypadku	-	-	-	200,00 zł	-	-	-	200,00 zł	200,00 zł
	-	-	-	jednorazowo	-	-	-	jednorazowo	jednorazowo
Leczenie szpitalne dziecka									
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku choroby/ dzień	-	-	-	100,00 zł (min. 2 pełny dzień)	-	-	50,00 zł (min. 2 pełny dzień)	-	100,00 zł (min. 2 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	-	-	-	100,00 zł (min. 1 pełny dzień)	-	-	50,00 zł (min. 1 pełny dzień)	-	100,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego	-		-	200,00 zł (min. 1 pełny dzień)	-	-	100,00 zł (min. 1 pełny dzień)	-	200,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Składka ogólna	**57,00 zł**	**67,00 zł**	**78,00 zł**	**142,00 zł**	**116,00 zł**	**182,00 zł**	**90,00 zł**	**117,00 zł**	**116,00 zł**

Karencje:

1 miesiąc - urodzenie się martwego noworodka

3 miesiące - poważne zachorowania, zdiagnozowanie nowotworu złośliwego, operacja chirurigiczna spowowodwana chrobą, pobyt w szpitalu spowodowany udarem mózgu lub zawałem serca, pobyt na OIOM spowodowany chorobą, rekonwalescencja spowodowany chorobą, świadczenie apteczne spodowowane chorobą

6 miesięcy - śmierć Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, śmierć w następswie nowowtrowu złośliwego, śmierć Ubezpieczonego, choroba śmiertelna, trwału uszczerbek na zdrowu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, leczenie specjalistyczne, osierocenie dziecka, śmierć małżonka lub partnera, śmierć małżonka lub partnera w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, poważne zachorowanie małżonka lub partnera, operacja chriurgincza małżonka lub partnera w następstwie choroby, pobyt w szpitalu małżonka lub partnera w następstwie choroby, śmierć rodzica/teścia albo rodzica partnera, śmierć dziecka, poważne zachorowanie dziecka, pobyt w szpitalu dziecka w następstwie choroby

9 miesięcy - urodzenie się dziecka, urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną uodzenie się dziecka z niską punktacją w skali APGARA

Sporządziła Leokadia Trębska

Broker Ubezpieczeniowy

MODUS
KANCELARIA BROKERSKA

PROPOZYCJA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW, MAŁŻONKÓW, PARTNERÓW ŻYCIOWYCH ORAZ PEŁNOLETNICH DZIECI ŁÓDZKIEJ IZBY LEKARSKO-WETERYNARYJNEJ

Rodzaj świadczenia	Od 56. do 60 r.ż			Od 61. do 64 r.ż		
	Wariant MOJE ŻYCIE					
	I	II	III	IV	V	VI
Składka ogólna	**83,00 zł**	**106,00 zł**	**111,00 zł**	**80,00 zł**	**101,00 zł**	**102,00 zł**
Zgon ubezpieczonego (naturalna, wskutek choroby)	50 000,00 zł	40 000,00 zł	30 000,00 zł	30 000,00 zł	25 000,00 zł	15 000,00 zł
Choroba śmiertelna	25 000,00 zł	20 000,00 zł	15 000,00 zł	15 000,00 zł	12 500,00 zł	7 500,00 zł
Zgon ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu	100 000,00 zł	80 000,00 zł	60 000,00 zł	60 000,00 zł	50 000,00 zł	30 000,00 zł
Zgon ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	105 000,00 zł	85 000,00 zł	65 000,00 zł	65 000,00 zł	55 000,00 zł	32 500,00 zł
Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	160 000,00 zł	13 000,00 zł	100 000,00 zł	100 000,00 zł	85 000,00 zł	50 000,00 zł
Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	155 000,00 zł	135 000,00 zł	115 000,00 zł	115 000,00 zł	105 000,00 zł	82 500,00 zł
Zgon ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym w pracy	260 000,00 zł	23 000,00 zł	200 000,00 zł	200 000,00 zł	185 000,00 zł	150 000,00 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem - za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu	500,00 zł	400,00 zł	300,00 zł	300,00 zł	250,00 zł	150,00 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu - za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu	100,00 zł	100,00 zł	100,00 zł	100,00 zł	85,00 zł	50,00 zł
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku	250,00 zł	250,00 zł	250,00 zł	250,00 zł	200,00 zł	200,00 zł
Zgon małżonka/partnera	-	8 000,00 zł	7 000,00 zł	-	4 000,00 zł	3 500,00 zł

Zgon małżonka/partnera spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu	-	11 000,00 zł	9 000,00 zł	-	7 000,00 zł	5 500,00 zł
Zgon małżonka/partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	-	16 000,00 zł	14 000,00 zł	-	12 000,00 zł	10 000,00 zł
Zgon małżonka/partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	-	2 400,00 zł	21 000,00 zł	-	20 000,00 zł	16 500,00 zł
Zgon dziecka	-	5 000,00 zł	4 000,00 zł	-	5 000,00 zł	4 000,00 zł
	-	Bez względu na wiek	Bez względu na wiek	-	Bez względu na wiek	Bez względu na wiek
Zgon dziecka w wyniku wypadku	-	10 000,00 zł	8 000,00 zł	-	10 000,00 zł	8 000,00 zł
Zgon rodzica / teścia	-	1 100,00 zł	1 000,00 zł	-	1 000,00 zł	900,00 zł
Zgon rodzica / teścia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	-	2 200,00 zł	2 000,00 zł	-	2 000,00 zł	1 800,00 zł
Zgon rodzeństwa	-	1 000,00 zł	1 000,00 zł	-	500,00 zł	500,00 zł
Zgon rodzeństwa w wyniku nieszczęśliego wypadku	-	2 000,00 zł	2 000,00 zł	-	1 000,00 zł	1 000,00 zł
Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego	-	2 500,00 zł	2 000,00 zł	-	-	-
Poważne zachorowanie ubezpieczonego	4 500,00 zł	4 000,00 zł	3 500,00 zł	3 500,00 zł	2 500,00 zł	2 000,00 zł
	57 jednostek chorobowych	57 jednostek chorobowych	57 jednostek chorobowych	57 jednostek chorobowych	57 jednostek chorobowych	57 jednostek chorobowych
Poważne zachorowanie małżonka	-	-	2 000,00 zł	-	-	1 500,00 zł
	-	-	21 jednostek chorobowych	-	-	21 jednostek chorobowych
Poważne zachorowania dziecka			2 000,00 zł	-	-	-
	-	-	31 jednostek chorobowych	-	-	-
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego	3 000,00 zł	2 500,00 zł	2 000,00 zł	3 000,00 zł	2 500,00 zł	2 000,00 zł
Niezdolność ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji	20 000,00 zł	15 000,00 zł	15 000,00 zł	20 000,00 zł	15 000,00 zł	10 000,00 zł

Leczenie specjalistyczne	3 000,00 zł	2 000,00 zł	1 500,00 zł	1 500,00 zł	800,00 zł	800,00 zł
Operacje chirurgiczne	1 500,00 zł	1 500,00 zł	1 500,00 zł	1 500,00 zł	800,00 zł	800,00 zł
Leczenie szpitalne ubezpieczonego						
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku choroby/ dzień	50,00 zł (min. 1 pełny dzień)	50,00 zł (min. 1 pełny dzień)	50,00 zł (min. 1 pełny dzień)	50,00 zł (min. 1 pełny dzień)	50,00 zł (min. 1 pełny dzień)	50,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	150,00 zł (min. 1 pełny dzień)	120,00 zł (min. 1 pełny dzień)	120,00 zł (min. 1 pełny dzień)	120,00 zł (min. 1 pełny dzień)	120,00 zł (min. 1 pełny dzień)	120,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu/krwotoku śródmózgowego	80,00 zł (min. 2 pełne dni)	75,00 zł (min. 2 pełne dni)	70,00 zł (min. 2 pełne dni)	75,00 zł (min. 2 pełne dni)	75,00 zł (min. 2 pełne dni)	70,00 zł (min. 2 pełne dni)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego	200,00 zł (min. 1 pełny dzień)	170,00 zł (min. 1 pełny dzień)	170,00 zł (min. 1 pełny dzień)	170,00 zł (min. 1 pełny dzień)	170,00 zł (min. 1 pełny dzień)	170,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku w pracy	200,00 zł (min. 1 pełny dzień)	170,00 zł (min. 1 pełny dzień)	170,00 zł (min. 1 pełny dzień)	170,00 zł (min. 1 pełny dzień)	170,00 zł (min. 1 pełny dzień)	170,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy	300,00 zł (min. 1 pełny dzień)	270,00 zł (min. 1 pełny dzień)	270,00 zł (min. 1 pełny dzień)	270,00 zł (min. 1 pełny dzień)	270,00 zł (min. 1 pełny dzień)	270,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt na OIOM w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku	300,00 zł	300,00 zł	300,00 zł	300,00 zł	300,00 zł	300,00 zł
	jednorazowo	jednorazowo	jednorazowo	jednorazowo	jednorazowo	jednorazowo
Pobyt w sanatorium	250,00 zł (min. 6 pełnych dni)	250,00 zł (min. 6 pełnych dni)	250,00 zł (min. 6 pełnych dni)	250,00 zł (min. 6 pełnych dni)	200,00 zł (min. 6 pełnych dni)	150,00 zł (min. 6 pełnych dni)
Rekonwalescencja	35,00 zł	30,00 zł	25,00 zł	35,00 zł	30,00 zł	25,00 zł
Karta apteczna	150,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)	120,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień NNW, min. 2 pełne dni wskutek choroby)
Leczenie szpitalne małżonka/partnera						
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku choroby/ dzień	-	-	25,00 zł (min. 2 pełne dni)	-	-	20,00 zł (min. 2 pełne dni)

Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	-	-	50,00 zł (min. 1 pełne dni)	-	-	50,00 zł (min. 1 pełne dni)
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego	-	-	100,00 zł (min. 1 pełne dni)	-	-	100,00 zł (min. 1 pełne dni)
Leczenie szpitalne dziecka						
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku choroby/ dzień	-	-	25,00 zł (min. 2 pełne dni)	-	-	-
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	-	-	50,00 zł (min. 1 pełne dni)	-	-	-
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego	-	-	100,00 zł (min. 1 pełne dni)	-	-	-
Składka ogólna	**83,00 zł**	**106,00 zł**	**111,00 zł**	**80,00 zł**	**101,00 zł**	**102,00 zł**

Karencje:

1 miesiąc - urodzenie się martwego noworodka

3 miesiące - poważne zachorowania, zdiagnozowanie nowotworu złośliwego, operacja chirurigiczna spowowodwana chrobą, pobyt w szpitalu spowodowany udarem mózgu lub zawałem serca, pobyt na OIOM spowodowany chorobą, rekonwalescencja spowodowany chorobą, świadczenie apteczne spodowowane chorobą

6 miesięcy - śmierć Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, śmierć w następswie nowowtrowu złośliwego, śmierć Ubezpieczonego, choroba śmiertelna, trwału uszczerbek na zdrowu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, leczenie specjalistyczne, osierocenie dziecka, śmierć małżonka lub partnera, śmierć małżonka lub partnera w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, poważne zachorowanie małżonka lub partnera, operacja chriurgincza małżonka lub partnera w następstwie choroby, pobyt w szpitalu małżonka lub partnera w następstwie choroby, śmierć rodzica/teścia albo rodzica partnera, śmierć dziecka, poważne zachorowanie dziecka, pobyt w szpitalu dziecka w następstwie choroby

9 miesięcy - urodzenie się dziecka, urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną uodzenie się dziecka z niską punktacją w skali APGARA

Choroba śmiertelna - w przypadku śmierci Ubezpieczonego po dniu wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnocowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej świadczenie z tytułu śmierci zostanie pomniejszone o kwote wypłaconego świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej

Sporządziła Leokadia Trębska

Broker Ubezpieczeniowy

MODUS
KANCELARIA BROKERSKA

PROPOZYCJA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW, MAŁŻONKÓW, PARTNERÓW ŻYCIOWYCH ORAZ PEŁNOLETNICH DZIECI ŁÓDZKIEJ IZBY LEKARSKO-WETERYNARYJNEJ

Rodzaj świadczenia	Od 65. do 72 r.ż			Od 73. do 80 r.ż	
	Wariant SENIOR				
	I	II	III	IV	V
Składka ogólna	**107,00 zł**	**113,00 zł**	**93,00 zł**	**38,00 zł**	**30,00 zł**
Zgon ubezpieczonego (naturalna, wskutek choroby)	25 000,00 zł	20 000,00 zł	10 000,00 zł	10 000,00 zł	7 000,00 zł
Choroba śmiertelna	12 500,00 zł	10 000,00 zł	5 000,00 zł	5 000,00 zł	3 500,00 zł
Zgon ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	50 000,00 zł	40 000,00 zł	20 000,00 zł	25 000,00 zł	17 000,00 zł
Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	75 000,00 zł	60 000,00 zł	30 000,00 zł	40 000,00 zł	27 000,00 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem - za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu	250,00 zł	200,00 zł	100,00 zł	60,00 zł	40,00 zł
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku	100,00 zł	100,00 zł	100,00 zł	-	-
Zgon małżonka/partnera	-	3 000,00 zł	2 500,00 zł	-	-
Zgon małżonka/partnera spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu	-	6 000,00 zł	5 000,00 zł	-	-
Zgon małżonka/partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	-	9 000,00 zł	7 500,00 zł	-	5 000,00 zł
Zgon małżonka/partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	-	15 000,00 zł	12 500,00 zł	-	-
Zgon dziecka w wyniku wypadku	-	-	5 000,00 zł	-	-
	-	-	Bez względu na wiek	-	-
Poważne zachorowanie ubezpieczonego	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł	-	-
	57 jednostek chorobowych	57 jednostek chorobowych	57 jednostek chorobowych	-	-
Niezdolność ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji	10 000,00 zł	10 000,00 zł	10 000,00 zł	-	-
Operacje chirurgiczne	1 100,00 zł	1 100,00 zł	1 100,00 zł	700,00 zł	700,00 zł
Leczenie szpitalne ubezpieczonego					
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku choroby/ dzień	30,00 zł (min. 4 pełne dni)	30,00 zł (min. 4 pełne dni)	30,00 zł (min. 4 pełne dni)	-	-
Dieta dzienna za pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100,00 zł (min. 1 pełny dzień)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień)	50,00 zł (min. 1 pełny dzień)	35,00 zł (min. 1 pełny dzień)
Dieta dzienna za pobyt na OIOM w wyniku nieszczęśliwego wypadku	200,00 zł	200,00 zł	200,00 zł	-	-
	jednorazowo	jednorazowo	jednorazowo	-	-
Pobyt w sanatorium	100,00 zł (min. 1 pełny dzień w NNW, min. 4 pełnie dni w następstwie choroby)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień w NNW, min. 4 pełnie dni w następstwie choroby)	100,00 zł (min. 1 pełny dzień w NNW, min. 4 pełnie dni w następstwie choroby)	-	-
Rekonwalescencja	50,00 zł	50,00 zł	50,00 zł	-	-
Karta apteczna	100,00 zł (maks. 3 razy w danym Roku Okresu Ubezpieczenia)	100,00 zł (maks. 3 razy w danym Roku Okresu Ubezpieczenia)	100,00 zł (maks. 3 razy w danym Roku Okresu Ubezpieczenia)	-	-
Składka ogólna	**107,00 zł**	**113,00 zł**	**93,00 zł**	**38,00 zł**	**30,00 zł**

Karencje:

1 miesiąc - urodzenie się martwego noworodka

3 miesiące - poważne zachorowania, zdiagnozowanie nowotworu złośliwego, operacja chirurigiczna spowowodwana chrobą, pobyt w szpitalu spowodowany udarem mózgu lub zawałem serca, pobyt na OIOM spowodowany chorobą, rekonwalescencja spowodowany chorobą, świadczenie apteczne spodowowane chorobą

6 miesięcy - śmierć Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, śmierć w następswie nowowtrowu złośliwego, śmierć Ubezpieczonego, choroba śmiertelna, trwału uszczerbek na zdrowu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, leczenie specjalistyczne, osierocenie dziecka, śmierć małżonka lub partnera, śmierć małżonka lub partnera w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, poważne zachorowanie małżonka lub partnera, operacja chriurgincza małżonka lub partnera w następstwie choroby, pobyt w szpitalu małżonka lub partnera w następstwie choroby, śmierć rodzica/teścia albo rodzica partnera, śmierć dziecka, poważne zachorowanie dziecka, pobyt w szpitalu dziecka w następstwie choroby

9 miesięcy - urodzenie się dziecka, urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną uodzenie się dziecka z niską punktacją w skali APGARA

Choroba śmiertelna - w przypadku śmierci Ubezpieczonego po dniu wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnocowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej świadczenie z tytułu śmierci zostanie pomniejszone o kwote wypłaconego świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej

Sporządziła Leokadia Trębska

Broker Ubezpieczeniowy

Wybieram Wariant _____ oraz Rodzaj Świadczenia nr. _____ ze składką w kwocie _____

Ubezpieczający potwierdza zapoznanie się ofertą ubezpieczenia. Ubezpieczający jednocześnie potwierdza, że udziela pełnomocnictwa KB MODUS sp. z o. o. do reprezentowania jego interesów ubezpieczeniowych przed VIENNA LIFE TU NA ŻYCIE S.A.

_____

miejscowość, data i podpis
Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZGODY NA DORĘCZENIE WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA NA TRWAŁYM NOŚNIKU

Wyrażam zgodę na doręczenie mi ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednich ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych oraz Umowy ubezpieczenia grupowego, której stronami są Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i ……, na trwałym nośniku w postaci płyty kompaktowej.

Data, miejscowość | imię i nazwisko osoby zainteresowanej przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia | podpis osoby zainteresowanej przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia

Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie Compensa Firma Życie

VIENNA LIFE
VIENNA INSURANCE GROUP

☐ Pracownik ☐ Pracownik VIP ☐ Małżonek ☐ Małżonek VIP
☐ Partner ☐ Partner VIP ☐ Pełnoletnie dziecko

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

Nr Polisy / wniosku _____

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nr jednostki organizacyjnej _____

Nazwa Firmy _____ REGON _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia D,D,-M,M,-R,R,R,R, PESEL _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Płeć K,M

Obywatelstwo _____ E-mail _____

Adres zamieszkania _____

Adres do korespondencji _____

Nr tel. _____ Zawód wykonywany _____

DANE PRACOWNIKA

Wypełnia Pracownik (tylko w przypadku zgłoszenia do Umowy ubezpieczenia Małżonka* / Małżonka VIP* / Partnera* / Partnera VIP* / Pełnoletniego dziecka*)

Nazwisko i imię Pracownika _____

PESEL Pracownika _____ Data zawarcia związku małżeńskiego D,D,-M,M,-R,R,R,R,

Wyrażam zgodę na potrącanie Składki z tytułu Umowy ubezpieczenia wskazanej powyżej osoby ubezpieczanej z mojego wynagrodzenia za pracę (innych wypłat z tytułu zatrudnienia). Oświadczam**, że pozostaję z osobą ubezpieczaną zgłaszaną przeze mnie do Umowy ubezpieczenia: w związku małżeńskim* / stałym związku uprawdopodobnionym przez zamieszkiwanie pod wspólnym adresem* oraz posiadanie wspólnych dzieci*, posiadanie wspólnego rachunku bankowego*, zawarcie wspólnie umowy kredytu*.

Data D,D,-M,M,-R,R,R,R, _____ (miejscowość) _____ (podpis Pracownika)

UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1.			
2.			
3.			
4.			

SKŁADKA

Składka ubezpieczeniowa _____ **zł**

Wypełnia Reprezentant Ubezpieczającego przyjmujący Deklarację zgody

DATA OPŁACENIA PIERWSZEJ SKŁADKI D,D,-M,M,-R,R,R,R, PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 0,1,-M,M,-R,R,R,R,

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA D,D,-M,M,-R,R,R,R, ☐ Umowa o pracę ☐ Umowa cywilnoprawna ☐ Pracodawca

(nie dotyczy Małżonka / Małżonka VIP / Partnera / Partnera VIP / Pełnoletniego dziecka zgłaszanego do Umowy ubezpieczenia)
W razie przekroczenia terminów określonych w OWU, Pracownik będzie objęty Karencją na zasadach określonych w OWU.
Małżonkowie / Partnerzy / Pełnoletnie dzieci zgłoszeni do Umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonych Pracowników objęci są Karencją na zasadach określonych w OWU.
UWAGI:

Data D,D,-M,M,-R,R,R,R, _____ (miejscowość) _____ (pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego)

VL/BRP-10724/Deklaracja papierowa/vs.1/2024

* Niepotrzebne skreślić.
** Nie dotyczy pełnoletniego dziecka.

VIENNA LIFE
VIENNA INSURANCE GROUP

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

SEKCJA I*

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą. ☐ TAK ☐ NIE
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Deklaracji zgody zostały mi doręczone następujące dokumenty: Umowa ubezpieczenia, ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Compensa Firma Życie o symbolu BRP-10724, odpowiednie ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych, z którymi to dokumentami zapoznałem się i je akceptuję. Zapoznałem się z zakresem ubezpieczenia, a także z wysokością sum ubezpieczenia i je akceptuję.
- Oświadczam, że spełniam warunki zdolności ubezpieczeniowej wskazane w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Compensa Firma Życie o symbolu BRP-10724, na podstawie których została zawarta Umowa ubezpieczenia, do której przystępuję.
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszej Deklaracji zgody są zgodne z prawdą.
- Wyrażam zgodę na zastrzeżenie na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej obejmującą także wysokość sumy ubezpieczenia określoną w Umowie ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej. ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Narodowego Funduszu Zdrowia o dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania. ☐ TAK ☐ NIE

SEKCJA II

- Nazwa i adres placówki medycznej, w której jestem leczony: _____
- Czy w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21 dni (nie dotyczy ciąży)? ☐ TAK ☐ NIE
- Czy w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody przebywa Pan/Pani w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych? ☐ TAK ☐ NIE
- Czy na dzień podpisania niniejszej Deklaracji zgody jest orzeczona w stosunku do Pana/Pani niezdolność do pracy na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym? ☐ TAK ☐ NIE
- Czy w ciągu ostatnich 2 lat przed dniem podpisania niniejszej Deklaracji zgody przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przez okres dłuższy niż 3 tygodnie jednorazowo (w przypadku kobiet nie dotyczy ciąży lub porodu)? W przypadku odpowiedzi „Tak", prosimy o napisanie poniżej jakie choroby lub dolegliwości były przyczyną zwolnienia lekarskiego i okres zwolnienia (jak długo). ☐ TAK ☐ NIE

_____

- Czy kiedykolwiek zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub rozpoznano u Pana/Pani którąkolwiek z chorób: nowotwór lub guz innego rodzaju, białaczkę, cukrzycę, chorobę wrzodową żołądka, przewlekłe zapalenie trzustki, stwardnienie rozsiane, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową z zawałem serca lub bez zawału serca, udar mózgu, choroby nerek, padaczkę, chorobę psychiczną, zaburzenia zachowania, choroby płuc, nosicielstwo wirusa HIV, zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), chorobę alkoholową, choroby wątroby lub przebył/a Pan/Pani leczenie kardiochirurgiczne? W przypadku odpowiedzi „Tak" prosimy o załączenie kopii dokumentacji medycznej (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z przychodni lub wyniki wykonywanych badań). ☐ TAK ☐ NIE
- Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeczono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności? ☐ TAK ☐ NIE

SEKCJA III

- Wyrażam zgodę, aby Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym profilowanie moich danych osobowym podanych przeze mnie lub pozyskanych w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, w tym również w zakresie wcześniej zawartych na moją rzecz umów ubezpieczenia, we własnych celach marketingowych:
  po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia. ☐ TAK ☐ NIE
  w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:
  wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe) ☐ TAK ☐ NIE
  połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR) ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe podane przeze mnie lub pozyskane w trakcie wykonywania Umowy Ubezpieczenia, w tym również w zakresie wcześniej zawartych na moją rzecz umów ubezpieczenia były przekazywane przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu ich przetwarzania oraz podejmowania wobec mnie decyzji opartych o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym profilowanie w celach marketingowych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group. ☐ TAK ☐ NIE

Poniżej złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich wymienionych powyżej oświadczeń.

Data D D - M M - R R R R _____ _____
miejscowość podpis Ubezpieczonego

*W przypadku wypełnienia pola „NIE" lub niewypełnienia żadnego z pól wyboru „TAK", „NIE" w danej sekcji lub przy danej zgodzie, osoba składająca Deklarację zgody nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową.