



## WNIOSEK – CZĘŚĆ A

(WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA) O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA  
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DZIECI, MŁODZIEŻY I PERSONELU

### I Ubezpieczający

Nazwa placówki

**1. Siedziba / adres**

Kod pocztowy

Poczta, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, telefon, fax

REGON

NIP

### II Ubezpieczony

Opis grupy osób ubezpieczonych

### III Rodzaj placówki

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> żłobek                  | <input type="checkbox"/> liceum zawodowe            | <input type="checkbox"/> szkoła sportowa   |
| <input type="checkbox"/> przedszkole             | <input type="checkbox"/> technikum                  | <input type="checkbox"/> szkoła policealna |
| <input type="checkbox"/> szkoła podstawowa       | <input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa | <input type="checkbox"/> szkoła wyższa     |
| <input type="checkbox"/> gimnazjum               | <input type="checkbox"/> zespół szkół               | <input type="checkbox"/> dom dziecka       |
| <input type="checkbox"/> liceum ogólnokształcące | <input type="checkbox"/> centrum kształcenia        | <input type="checkbox"/> inne              |

**W systemie:**

- |                                       |                                      |                                   |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stacjonarnym | <input type="checkbox"/> wieczorowym | <input type="checkbox"/> zaocznym |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu ustalonych uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółka Akcyjna nr UZ/102/2013 z dnia 29 marca 2013 r.

z początkiem odpowiedzialności od: --

w formie:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bezimiennej                   | <input type="checkbox"/> imiennej                      |
| <input type="checkbox"/> dzieci / uczniowie / studenci | <input type="checkbox"/> dzieci / uczniowie / studenci |
| <input type="checkbox"/> personel                      | <input type="checkbox"/> personel                      |

**I. W zakresie świadczeń podstawowych według:**  Wariantu I  Wariantu II

Suma ubezpieczenia  zł

**II. Wnosimy o rozszerzenie umowy o dodatkowe świadczenia (wpisać „tak” w odpowiednią rubrykę):**

	Dzieci / uczniowie studenci*	Personel
1. Koszty leczenia do limitu <input type="text"/> % sumy ubezpieczenia		
2. Ryczałt za okres czasowej, całkowitej niezdolności do nauki i pracy w wysokości 0,06% sumy ubezpieczenia za jeden dzień niezdolności		
3. Dieta szpitalna w wysokości 0,2% sumy ubezpieczenia za dzień		
4. Jednorazowe świadczenie w przypadku zgonu ubezpieczonego spowodowanego nowotworem złośliwym w wysokości 1.000 zł		
5. Jednorazowe świadczenie w przypadku zgonu dziecka, ucznia lub studenta w wieku do 25 lat z powodu wrodzonej wady serca w wysokości 1.000 zł		X
6. Jednorazowe świadczenie w przypadku amputacji kończyny lub części kończyny spowodowanej nowotworem złośliwym u dziecka, ucznia lub studenta w wieku do 25 lat w wysokości 1.000 zł		X
7. Jednorazowe świadczenie w przypadku śmierci współubezpieczonego rodzica / opiekuna prawnego w wysokości 1.000 zł		X

Składka roczna zostanie przekazana do Jednostki PZU SA w

najpóźniej w terminie do dnia --

W roku szkolnym (akademickim / bieżącym\*)  /

Liczba dzieci / uczniów / studentów wynosi:  osób, a personelu  osób.

Liczba dzieci / uczniów / studentów zgłoszonych do ubezpieczenia:  osób, a personelu  osób.

Miejscowość

Data

Pieczęć i podpis kierownictwa placówki

**WNIOSEK – CZĘŚĆ B****(WYPEŁNIA PZU SA) O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW  
NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DZIECI, MŁODZIEŻY I PERSONELU****I Świadczenia podstawowe**

Wariant	Składka od 1 osoby		Składka za wszystkie osoby			
	według taryfy	po zwyczajach / zniżkach	dzieci / uczniowie / studenci*		personel	
			liczba osób	kwota w zł	liczba osób	kwota w zł
I						
II						

**II Świadczenia dodatkowe**

Lp.	Rodzaje świadczeń	Składka od 1 osoby				Składka za wszystkie osoby			
		dzieci / uczniowie / studenci*		personel		dzieci / uczniowie / studenci*		personel	
		według taryf	po zwyczajach / zniżkach	według taryf	po zwyczajach / zniżkach	liczba osób	kwota w zł	liczba osób	kwota w zł
1.	Koszty leczenia do limitu <input type="text"/> % sumy ubezpieczenia								
2.	Ryczałt za okres czasowej, całkowitej niezdolności do nauki i pracy w wysokości 0,06% sumy ubezpieczenia za jeden dzień niezdolności								
3.	Dieta szpitalna w wysokości 0,2% sumy ubezpieczenia za dzień								
4.	Jednorazowe świadczenie w przypadku zgonu ubezpieczonego spowodowanego nowotworem złośliwym w wysokości 1.000 zł								
5.	Jednorazowe świadczenie w przypadku zgonu dziecka, ucznia lub studenta w wieku do 25 lat z powodu wrodzonej wady serca w wysokości 1.000 zł			X	X			X	X
6.	Jednorazowe świadczenie w przypadku amputacji kończyny lub części kończyny spowodowanej nowotworem złośliwym u dziecka, ucznia lub studenta w wieku do 25 lat – w wysokości 1.000 zł			X	X			X	X
8.	Jednorazowe świadczenie w przypadku śmierci współubezpieczonego rodzica / opiekuna prawnego w wysokości 1.000 zł			X	X			X	X
<b>Razem:</b>		X		X		X		X	

Składka od jednej osoby za świadczenia podstawowe i świadczenia dodatkowe wynosi: dzieci / uczniowie / studenci   
 personel

Składka łączna za ubezpieczenie  osób wynosi

% taryfowej zniżki / zwyczajów\* składki

Informacja o udzielonej zniżce pozataryfowej:

1. <input type="text"/>	1. <input type="text"/>	1. <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>
Kod zniżki	% udzielonej zniżki	kwota udzielonej zniżki

Miejscowość  Data  Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA

\* niepotrzebne skreślić  
 właściwe skreślić