



## WNIOSEK

### o zawarcie umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków członków ochotniczych straży pożarnych

Ubezpieczenie: nowe  wznowione  Seria i Nr poprzedniej polisy

#### UBEZPIECZAJĄCY

..... (nazwa)

- .....  
(kod, poczta, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, telefon/fax)

REGON  NIP ---

Okres ubezpieczenia od    do     
dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok

Wariant I  Wariant II

#### WARIANT I

Suma ubezpieczenia  zł (z tytułu 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu dla każdej ubezpieczonej osoby)

#### ZAKRES UBEZPIECZENIA:

- Świadczenia podstawowe
- Świadczenia dodatkowe:
  - 1) Zasiłek dzienny \*) w wysokości ..... zł za 1 dzień
  - 2) Dieta szpitalna  w wysokości ..... zł za 1 dzień

Liczba jednostek  Liczba osób

• W załączeniu wykaz jednostek zgłoszonych do ubezpieczenia.

Uwaga! \*) zasiłek dzienny może być włączony do umów ubezpieczenia z rocznym okresem odpowiedzialności.

właściwe zakreślić

## WARIANT II

Suma ubezpieczenia\*\*)  zł (dla każdej ubezpieczonej osoby)

### ZAKRES UBEZPIECZENIA:

- Jednorazowe odszkodowanie w razie doznania stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu
- Jednorazowe odszkodowanie z tytułu śmierci.

Wysokość jednorazowych odszkodowań ustalana jest zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. nr 199 poz. 1673 z późniejszymi zmianami).

Liczba osób

Uwaga! \*\*) W Wariantcie II sumę ubezpieczenia dla każdej ubezpieczonej osoby stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim roku, ogłaszane do celów emerytalnych w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, stosowane poczynając od drugiego kwartału każdego roku przez okres jednego roku

- **W załączeniu wykaz imienny osób zgłoszonych do ubezpieczenia.**

Na podstawie art. 815 kodeksu cywilnego podanie powyższych danych jest obowiązkowe.

Dane osoby reprezentującej Ubezpieczającego:

Imię i nazwisko .....

Obywatelstwo ....., rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości .....

-

.....  
(kod, poczta, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, telefon/fax)

PESEL

.....  
miejscowość, data

.....  
pieczęć i podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego