

Warianty ochronne

Zakres ubezpieczenia	Kod wariantu		Karencja	
	PUH ANDIW 1	PUH ANDIW 2		
Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego	Wysokość świadczenia (w zł)			
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	96 000	135 000	brak	
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	64 000	90 000	brak	
Śmierć Ubezpieczonego	32 000	45 000	6 miesięcy	
Uszczerbek lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała	40 000	45 000	brak
	1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała	400	450	
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	–	10 000	brak	
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu Świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu trwającego nieprzerwanie co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 dzień – w przypadku obrażeń ciała ■ 4 dni – w przypadku choroby lub ciąży (wyłączając poród fizjologiczny) ■ 10 dni – w przypadku powikłań poporodowych Maksymalnie za 180 dni	wypadek komunikacyjny	96	160	brak
	nieszczęśliwy wypadek	66	110	brak
	choroba, ciąża (wyłączając poród fizjologiczny), obrażenia ciała	36	60	3 miesiące; NW – brak
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	29 chorób i zabiegów w ramach katalogu A	3 000	6 000	3 miesiące
	konsultacje lekarzy specjalistów	zgodnie z OWUD	zgodnie z OWUD	3 miesiące
Świadczenia opiekuńcze i medyczne				
Opieka24 – świadczenia opiekuńcze dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny	zgodnie z OWUD	zgodnie z OWUD	brak	
Program Rabatowy UNIQA Benefit	✓	✓	brak	
Składka miesięczna (w zł)	<input type="checkbox"/> 52,00	<input type="checkbox"/> 68,00		
Dodatkowe świadczenia medyczne i opiekuńcze				
MediPomoc – świadczenia medyczne i opiekuńcze w następstwie nieszczęśliwego wypadku Forma indywidualna	<input type="checkbox"/> 7,00		brak	
MediPomoc – świadczenia medyczne i opiekuńcze w następstwie nieszczęśliwego wypadku Forma rodzinna	<input type="checkbox"/> 21,00		brak	

Umowa ubezpieczenia może być zawarta przez osobę, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 60. roku życia.

Numer wniosku

 D D M M R R R R R R
Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego