

pieczęć RBH/Przedstawicielstwa	ID Pośrednika	Rodzaj pośrednika Agent/Broker	Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa
-----------------------------------	------------------	-----------------------------------	--

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA (wypełnia Ubezpieczający)

Składam wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie i Dożycie „PREMIUM”

na okres: | | | | lat polisowych z sumą ubezpieczenia w wysokości: | | | | | zł

słownie: | | | | |

Bez umów dodatkowych / wraz z następującymi umowami dodatkowymi (niepotrzebne skreślić)

- umowa dodatkowa nr 1 w zakresie powstania trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

- umowa dodatkowa nr 2 w zakresie wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania

- umowa dodatkowa nr 3 w zakresie wystąpienia całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy*

Składka: | | | | | zł słownie: | | | | |

| | | | |

Składka podstawowa: | | | | | zł

Składka dodatkowa 1: | | | | | zł

Składka dodatkowa 2: | | | | | zł

Składka dodatkowa 3: | | | | | zł

Wariant: z waloryzacją sumy ubezpieczenia i składki bez waloryzacji sumy ubezpieczenia i składki

Jednocześnie zobowiązuję się do opłacania należnej składki:

miesięcznie kwartalnie półrocznie rocznie jednorazowo za cały okres ubezpieczenia

W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego określonego przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group wnoszę o:

- podwyższenie składki bez zmiany sumy ubezpieczenia - utrzymanie wysokości składki na wyliczonym poziomie

UWAGA! Uprzejmie prosimy o dokładne wypełnienie druku. Brak odpowiedzi będzie skutkować zwrotem wniosku w celu jego poprawnego wypełnienia

DANE UBEZPIECZANEGO (prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczany nie jest Ubezpieczającym)

Imię / imiona: | | | | |

Nazwisko: | | | | |

Data urodzenia / dzień: | | | miesiąc: | | | rok: | | |

PESEL: | | | | | Seria i numer dowodu osobistego: | | | | |

Adres do kontaktu z Ubezpieczanym:

ulica: | | | | | nr domu: | | | | | nr mieszkania: | | | | |

kod pocztowy: | | | - | | | miejscowość: | | | | |

nr telefonu: | | | | | e-mail: | | | | |

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (prosimy wypełnić drukowanymi literami)

Imię / imiona: | | | | |

Nazwisko: | | | | |

Data urodzenia: dzień | | | miesiąc | | | rok | | |

PESEL: | | | | | Seria i numer dowodu osobistego: | | | | |

Adres do kontaktu z Ubezpieczającym:

ulica: | | | | | nr domu: | | | | | nr mieszkania: | | | | |

kod pocztowy: | | | - | | | miejscowość: | | | | |

nr telefonu: | | | | | e-mail: | | | | |

*nie dotyczy osób niepełnoletnich

8	Czy używa lub używał/a Pan/i środków uznawanych za narkotyki (haszysz, marihuana, kokaina, amfetamina, heroina)?			
9	Czy był/a Pan/i ofiarą wypadku komunikacyjnego lub innego?			
10	Czy otrzymuje Pan/i rentę inwalidzką? Jeżeli TAK, proszę podać datę przyznania, przyczynę oraz stopień inwalidztwa.			
11	Czy podjął/podjęła Pan/i kroki zmierzające do uzyskania renty inwalidzkiej?			
12	Czy obecnie przerwał/a Pan/i pracę? Jeżeli TAK, proszę podać od kiedy oraz datę planowanego powrotu.			
13	Czy w ciągu ostatnich kilku lat musiał/a Pan/i przerwać pracę na dłużej niż trzy tygodnie z rzędu? Jeśli TAK, proszę podać przyczynę.			
14	Czy w okresie ostatnich dziesięciu lat: (w przypadku odpowiedzi TAK, proszę podać okresy, przyczyny, rodzaj i wynik zastosowanego leczenia):			
a)	przebywał/a Pan/i w szpitalu (proszę dołączyć kopię karty wypisowej) lub podobnych placówkach w celu wykonania zabiegu, badań, przeprowadzenia leczenia?			
b)	poddał/a się Pan/i leczeniu specjalistycznemu takiemu jak naświetlania, chemioterapia, immunoterapia, kobaltoterapia, inne (podać jakie)?			
c)	wykonał/a Pan/i badania lekarskie (poza medycyną pracy) takie jak: analiza krwi, badanie moczu, elektrokardiogram, prześwietlenie?			
d)	przeprowadzono u Pan/i transfuzję krwi lub preparatu krwiopochodnego?			
e)	wykonywał/a Pan/i test na obecność wirusa HIV? Jeśli tak to kiedy? jaki wynik: pozytywny (obecny), negatywny (nieobecny)?			
f)	chorował/a Pan/i na infekcję spowodowaną nabytym brakiem odporności organizmu (AIDS)?			
15	Czy choruje lub chorował/a Pan/i na : (w przypadku odpowiedzi TAK proszę podać rodzaj schorzenia, datę jego wystąpienia oraz rodzaj i wynik zastosowanego leczenia)			
a)	choroby układu oddechowego np. długotrwały kaszel, plucie krwią, duszności, astma, inne (jakie)?			
b)	choroby serca, naczyniowe np. bóle zastawkowe, zawał, nadciśnienie tętnicze, zapalenie tętnicy, inne (jakie)?			
c)	choroby narządu trawienia np. owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy, żółtaczką zapalenie wątroby, chroniczna biegunka, inne (jakie)?			
d)	choroby układu moczowo-płciowego np. białkomocz, krwimocz, choroby przenoszone drogą płciową, inne (jakie)?			
e)	choroby systemu nerwowego np. paraliż, zapalenie opon mózgowych, epilepsja, inne (jakie)?			
f)	choroby psychiczne np. załamanie nerwowe, stany depresyjne, próby samobójcze, inne (jakie)?			
g)	choroby krwi, gruczołów i śledziony np. anemia, powiększone gruczoły, hemofilia, inne (jakie)?			
h)	choroby endokrynologiczne i metaboliczne np. cukrzyca, dna, schorzenia tarczycy, inne (jakie)?			
i)	choroby kości i stawów np. artretyzm, schorzenia reumatyczne, inne (jakie)?			
j)	choroby skóry np. usunięcie pieprzyków, łuszczyca, inne (jakie)?			
k)	choroby zakaźne np. gruźlica, wirusowe zapalenie wątroby, nawracające infekcje, inne (jakie)?			
l)	choroby pasożytnicze i grzybicze np. malaria, choroba motyliczna, drożdżycza, inne (jakie)?			
m)	choroby narządów zmysłów, zaburzenia zmysłu wzroku i słuchu np. krótkowzroczność, głuchota, inne (jakie)?			
n)	choroby ginekologiczne (jakie)?			
o)	choroby nowotworowe lub inne nie wymienione powyżej.			
16	Czy w najbliższym czasie będzie Pan/i musiał/a poddać się leczeniu szpitalnemu lub przejść badania lekarskie? Jeżeli TAK, proszę podać kiedy i z jakich powodów.			
17	Czy musi Pan/i poddać się operacji chirurgicznej? Jeżeli TAK, proszę podać kiedy i z jakiej przyczyny.			
18	Czy często używa Pan/i leków przeciwbólowych, zwalczających zmęczenie, nasennych, antybiotyków, uspokajających, magnezu? Jeżeli TAK, proszę podać jakich, jak często i dlaczego.			
19	Czy przyjmuje Pan/i obecnie jakieś leki? Jeżeli TAK, proszę podać jakie, od kiedy i w jakiej dawce.			

ANKIETA MEDYCZNA DLA OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ

Odpowiadając na pytania w poniższej tabeli, proszę wstawić "X" w odpowiedniej rubryce.

W przypadku wstawienia znaku „X” w rubryce „TAK” na pytanie należy udzielić odpowiedzi szczegółowej.

	PYTANIE	TAK	NIE	ODPOWIEŹ SZCZEGÓŁOWA
1	Czy w najbliższej rodzinie Ubezpieczonego (ojciec, matka, brat, siostra) ktoś chorował, choruje lub zmarł z powodu: choroby serca lub naczyń, nadciśnienia tętniczego, udaru mózgu, cukrzycy, nowotworu, choroby nerek, choroby dziedzicznej (takiej jak hemofilia, dystrofia mięśniowa, inne), zaburzeń psychicznych, alkoholizmu?			
2	Czy Ubezpieczony/a uprawia sporty? Jakiego? (Jeżeli TAK to proszę podać czy amatorsko czy wyczynowo oraz jaką dziedzinę)			
3	Czy Ubezpieczony/a korzysta z powietrznych środków transportu oprócz regularnych połączeń?			
4	Czy Ubezpieczony/a pije napoje alkoholowe?			
5	Czy Ubezpieczony/a kiedykolwiek palił/a papierosy, tytoń?			
6	Czy Ubezpieczony/a używa lub używał/a środków uznawanych za narkotyki (haszysz, marihuana, kokaina, amfetamina, heroina)?			
7	Czy Ubezpieczony/a był/a ofiarą wypadku komunikacyjnego lub innego?			
8	Czy Ubezpieczony/a otrzymuje rentę inwalidzką? Jeżeli TAK, proszę podać datę przyznania, przyczynę oraz stopień inwalidztwa.			
9	Czy Ubezpieczony/a podjął/podjęła kroki zmierzające do uzyskania renty?			
10	Czy do czasu złożenia wniosku o ubezpieczenie (w przypadku odpowiedzi TAK, proszę podać okresy, przyczyny, rodzaj, i wynik zastosowanego leczenia oraz dołączyć kopię posiadanej dokumentacji medycznej):			
a)	Ubezpieczony/a przebywał/a w szpitalu lub innych placówkach medycznych w celu wykonania zabiegu, badań, przeprowadzenia leczenia?			
b)	Ubezpieczony/a poddał/a się leczeniu specjalistycznemu takiemu jak naświetlanie, chemioterapia, immunoterapia, kobaltoterapia, inne (podać jakie)?			
c)	Ubezpieczony/a wykonał/a badania lekarskie (poza medycyną pracy) takie jak: analiza krwi, badanie moczu, elektrokardiogram, prześwietlenie?			
d)	Przeprowadzono u Ubezpieczonego/j transfuzję krwi lub preparatu krwiopochodnego?			
e)	Ubezpieczony/a wykonywał/a test obecności wirusa HIV?			
f)	Ubezpieczony/a chorował/a na infekcję spowodowaną nabytym brakiem odporności organizmu (AIDS)?			
11	Czy rozpoznano u Ubezpieczonego/j jakąkolwiek wadę wrodzoną? Jeżeli TAK jaką i kiedy?			
12	Czy Ubezpieczony/a choruje lub chorował/a na : (w przypadku odpowiedzi TAK proszę podać rodzaj schorzenia, datę jego wystąpienia oraz rodzaj i wynik zastosowanego leczenia)			
a)	choroby układu oddechowego np. długotrwały kaszel, płucie krwawe, duszności, astma, inne (jakie)?			
b)	choroby serca, naczyniowe np. bóle zamostkowe, zawał, nadciśnienie tętnicze, zapalenie tętnicy, inne (jakie)?			
c)	choroby narządu trawienia np. owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy, żółtaczkę zapalenie wątroby, chroniczna biegunka, inne (jakie)?			
d)	choroby układu moczowo-płciowego np. białkomocz, krwimocz, choroby przenieszone drogą płciową, inne (jakie)?			
e)	choroby systemu nerwowego np. paraliż, zapalenie opon mózgowych, epilepsja, inne (jakie)?			
f)	choroby psychiczne np. załamanie nerwowe, stany depresyjne, próby samobójcze, inne (jakie)?			
g)	choroby krwi, gruczołów i śledziony np. anemia, powiększone gruczoły, hemofilia, inne (jakie)?			
h)	choroby endokrynologiczne i metaboliczne np. cukrzyca, dna, schorzenia tarczycy, inne (jakie)?			
i)	choroby kości i stawów np. artretyzm, schorzenia reumatyczne, inne (jakie)?			
j)	choroby skóry np. usunięcie pieprzyków, łuszczyca, inne (jakie)?			
k)	choroby pasożytnicze i grzybicze np. malaria, choroba motyliczna, drożdżycza, inne (jakie)?			
l)	choroby narządów zmysłów, zaburzenia zmysłu wzroku i słuchu np. krótkowzroczność, głuchota, inne (jakie)?			
m)	choroby nowotworowe lub inne nie wymienione powyżej.			
13	Czy w najbliższym czasie Ubezpieczony/a będzie musiał/a poddać się leczeniu szpitalnemu lub przejść badania lekarskie? Jeżeli TAK, proszę podać kiedy i z jakich powodów.			
14	Czy Ubezpieczony/a musi poddać się operacji chirurgicznej? Jeżeli TAK, proszę podać kiedy i z jakiej przyczyny.			
15	Czy Ubezpieczony/a przyjmuje obecnie jakieś leki? Jeżeli TAK, proszę podać jakie, od kiedy i w jakiej dawce, z jakiego powodu.			

