

**ŻAK**

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA STYPENDIALNEGO ŻAK**

UWAGA! PRZED WYPEŁNIENIEM NINIEJSZEGO WNIOSKU NALEŻY PRZEPROWADZIĆ ANKIETĘ POTRZEB KLIENTA WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

         -          -                     

Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

\_\_\_\_\_  
 Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO**

Imię / imiona: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

		TAK	NIE
1	Jeśli w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystał Pan/korzystała Pani z pomocy lekarza, proszę podać przyczynę:		
	_____		
	_____		
2	Jeśli aktualnie przebywa Pan/przebywa Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21 dni i zna Pan/Pani rozpoznanie swojej choroby, proszę je wpisać poniżej:		
	_____		
	_____		
	Jeśli NIE prosimy, aby lekarz prowadzący wpisał poniżej rozpoznanie choroby potwierdzając je swoją pieczętką i podpisem.		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
3	Jeśli w ciągu ostatnich 3 lat przebywał Pan/przebywała Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 31 dni i zna Pan/Pani rozpoznanie swojej choroby, proszę je wpisać poniżej:		
	_____		
	_____		
	Jeśli NIE prosimy, aby lekarz prowadzący wpisał poniżej rozpoznanie choroby potwierdzając je swoją pieczętką i podpisem.		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		

