

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.		

		TAK	NIE
4	Jeśli w ciągu ostatniego roku był Pan hospitalizowany/była Pani hospitalizowana przez okres dłuższy niż dwie doby i zna Pan/Pani rozpoznanie swojej choroby, proszę je wpisać poniżej:		
	Jeśli NIE proszę dołączyć do wniosku kserokopie obu stron karty wypisowej ze szpitala potwierdzone za zgodność z oryginałem podpisem złożonym na kserokopkach przez obsługującego Pana/Panią Dystrybutora ubezpieczeń. Jeśli w ciągu roku był Pan hospitalizowany/była Pani hospitalizowana więcej niż jeden raz proszę dołączyć kserokopie wszystkich wypisów na ww. zasadach.		
5	Jeśli w ciągu ostatnich 3 lat przebył Pan/przebyła Pani operację chirurgiczną i zna Pan/Pani rozpoznanie choroby stanowiącej podstawę wykonanego zabiegu proszę je wpisać poniżej:		
	Jeśli NIE proszę dołączyć do wniosku kserokopie obu stron karty wypisowej ze szpitala potwierdzone za zgodność z oryginałem podpisem złożonym na kserokopkach przez obsługującego Pana/Panią Dystrybutora ubezpieczeń. Jeśli w ciągu roku był Pan hospitalizowany/była Pani hospitalizowana więcej niż jeden raz proszę dołączyć kserokopie wszystkich wypisów na ww. zasadach.		
6	Czy ma Pan/Pani orzeczoną przez ZUS:		
	A. Całkowitą niezdolność do pracy		
	B. Częściową niezdolność do pracy		
	Jeśli TAK proszę podać przyczynę przyznawanych świadczeń (rozpoznanie medyczne). Proszę dołączyć kopię wypisu orzeczenia lekarskiego ZUS.		

DD - MM - RRRR

Data podpisania wniosku

miejsce

podpis Ubezpieczającego

Jako Dystrybutor ubezpieczeń oświadczam, iż wniosek został sporządzony i podpisany w mojej obecności, a personalia Ubezpieczającego zostały przeze mnie zweryfikowane na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.

AGENT
/BROKER

ID Dystrybutora ubezpieczeń

Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń

Agent

Broker

OFWCA*

ID osoby fizycznej wykonującej czynności
w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności
w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub osoby fizycznej
wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń

AGENT

ID Dystrybutora ubezpieczeń
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.
Dystrybutor ubezpieczeń

OFWCA*

ID OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń
POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub OFWCA
Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.

* Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń będącego Agentem Ubezpieczeniowym.