

**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”

DD - MM - RRRR

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
<p>4</p> <p>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:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Jeśli NIE proszę dołączyć do wniosku kserokopie obu stron karty wypisowej ze szpitala potwierdzone za zgodność z oryginałem podpisem złożonym na kserokopiach 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.</p> <p>_____</p>		
<p>5</p> <p>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:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Jeśli NIE proszę dołączyć do wniosku kserokopie obu stron karty wypisowej ze szpitala potwierdzone za zgodność z oryginałem podpisem złożonym na kserokopiach 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.</p> <p>_____</p>		
<p>6</p> <p>Czy ma Pan/Pani orzeczoną przez ZUS:</p> <p>A. Całkowitą niezdolność do pracy</p> <p>B. Częściową niezdolność do pracy</p> <p>Jeśli TAK proszę podać przyczynę przyznawanych świadczeń (rozpoznanie medyczne). Proszę dołączyć kopię wypisu orzeczenia lekarskiego ZUS.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

DD - MM - RRRR | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 Data podpisania wniosku | miejscowość | 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	<p>_____</p> <p>ID Dystrybutora ubezpieczeń</p> <p><input type="checkbox"/> Agent     <input type="checkbox"/> Broker</p>	<p>_____</p> <p>Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń</p>	
AGENT OFWCA	<p>_____</p> <p>ID osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń</p>	<p>_____</p> <p>Imię i nazwisko osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń</p>	<p>_____</p> <p>Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub osoby fizycznej wykonującej czynności w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń</p>
AGENT OFWCA	<p>_____</p> <p>ID Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.</p>	<p><b>POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.</b></p> <p>_____</p> <p>Dystrybutor ubezpieczeń</p>	
OFWCA	<p>_____</p> <p>ID OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.</p>	<p>_____</p> <p>Imię i nazwisko OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.</p>	<p>_____</p> <p>Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń lub OFWCA Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o.</p>

(OFWCA - Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne w imieniu Dystrybutora ubezpieczeń będącego Agentem Ubezpieczeniowym)