

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH WE WNIOSKU DRUKOWANYMI LITERAMI. WSZELKIE DOKONYWANE POPRAWKI POWINNY BYĆ POTWIERDZONE PODPISEM

### NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO

S t o w a r z y s z e n i e   d l a   z d r o w i a   i   ż y c i a

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_  
 PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia (jeżeli nie posiadasz numeru PESEL): DDMMRRRR

### TWÓJ ADRES DO KORESPONDENCJI

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_  
 Ulica: \_\_\_\_\_ Nr domu: \_\_\_\_\_ Nr mieszkania: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: \_\_\_\_\_

### DANE TWOJEGO PARTNERA, jeżeli nie pozostajesz w związku małżeńskim, a zakres Twojego ubezpieczenia obejmuje życie i zdrowie Partnera

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_  
 PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia (jeżeli Partner nie posiada numeru PESEL): DDMMRRRR

**Do uzupełnienia tylko w przypadku pozostawania w związku nieformalnym (nie wpisujemy danych współmałżonka)**

**Zsumowana kwota za pakiety dodatkowe - w tym przykładzie jest to 50 zł (suma zaznaczonych wariantów pakietów dodatkowych poniżej)**

### ZAKRES UBEZPIECZENIA I SKŁADKA MIESIĘCZNA

Pakiet podstawowy: \_\_\_\_\_ zł   Pakiety dodatkowe: \_\_\_\_\_ zł  
 W ramach każdego z poniższych Pakietów dodatkowych możesz wybrać wyłącznie jeden Wariant (jedną wysokość składki).

**Kwota składki za pakiet podstawowy (bez składki administracyjnej) odpowiednio będą to kwoty: wariant 1 - 51 zł, wariant 2 - 74 zł, wariant 3 - 127 zł, wariant 4 - 212 zł, wariant 5 - 280 zł, wariant 6 - 370 zł, wariant 7 - 450 zł**

Nazwa Pakietu dodatkowego	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III	WARIANT IV
U CHRONI ZDROWIE	10 zł <input type="checkbox"/>	15 zł <input type="checkbox"/>	20 zł <input type="checkbox"/>	25 zł <input type="checkbox"/>
U CHRONI ONKOLOGICZNIE	10 zł <input type="checkbox"/>	15 zł <input type="checkbox"/>	20 zł <input type="checkbox"/>	25 zł <input type="checkbox"/>
U CHRONI SERCE	10 zł <input type="checkbox"/>	15 zł <input type="checkbox"/>	20 zł <input type="checkbox"/>	25 zł <input type="checkbox"/>
U CHRONI DZIECKO	10 zł <input type="checkbox"/>	15 zł <input type="checkbox"/>	20 zł <input type="checkbox"/>	25 zł <input type="checkbox"/>
U CHRONI AKTYWNYCH	10 zł <input type="checkbox"/>	15 zł <input type="checkbox"/>	20 zł <input type="checkbox"/>	25 zł <input type="checkbox"/>
U WSPIERA ZDROWE NAWYKI	6 zł <input type="checkbox"/>	13 zł <input type="checkbox"/>		
U WSPIERA ŻYCIE W ZDROWIU	14 zł <input type="checkbox"/>	20 zł <input type="checkbox"/>	30 zł <input type="checkbox"/>	37 zł <input type="checkbox"/>

Łączna składka za Pakiet podstawowy i Pakiety dodatkowe: \_\_\_\_\_ zł

**Łączna kwota za pakiet podstawowy i pakiety dodatkowe BEZ SKŁADKI ADMINISTRACYJNEJ**



# DODATKOWE OŚWIADCZENIA O STANIE ZDROWIA



**WAŻNE: W PRZYPADKU GDY KTÓREKOLWIEK Z PONIŻSZYCH OŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH STANU ZDROWIA JEST NIEZGODNE Z PRAWDĄ, NIE SKŁADAJ PODPISU POD TYM OŚWIADCZENIEM**

## Oświadczenie nr 1 - Wymagane zawsze

### OŚWIADCZENIE O WYKONYWANYM ZAWODZIE

Oświadczam, że:

- 1) w dniu wypełniania niniejszego Wniosku o przystąpienie nie wykonuję pracy we wskazanym zawodzie: pirotechnik, korespondent wojenny, aktor cyrkowy, alpinista przemysłowy, marynarz, dżokej, górnik, kaskader, nurek, pilot, ratownik górski i wodny, rybak morski i śródlądowy, skoczek spadochronowy, sportowiec zawodowy oraz nie pełnię służby o charakterze mundurowym z wyłączeniem służb leśnych i konduktorów.

Podpis wymagany ZAWSZE

Anna Kowalska  
Podpis Ubezpieczonego

## Oświadczenie nr 2 - Wymagane zawsze

### OŚWIADCZENIE O DOBRYM STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że:

- 1) w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z następującymi chorobami: wadami serca, chorobą niedokrwienną serca (chorobą wieńcową), zawałem serca, udarem mózgu, cukrzycą (nie dotyczy cukrzycy ciężowej), przewlekłymi chorobami: wątroby, trzustki lub nerek, zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania, chorobą nowotworową;
- 2) w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu chorób wymienionych w pkt 1) powyżej;
- 3) w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie przebywałam/przebywałem na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30-dniowe (nie dotyczy zwolnień związanych z ciążą, porodem, złamaniami, skręceniami, zwichnięciami ani przeznaczonych na opiekę nad członkiem rodziny).

Podpis wymagany przy wyborze wyższego wariantu lub pakietu dodatkowego, którego nie posiadano dotychczas

Anna Kowalska  
Podpis Ubezpieczonego

## Oświadczenie nr 3, wymagane, jeżeli wnioskujesz o poniższy Pakiet/Wariant dodatkowy (o ile Pakiet/Wariant ten stanowi część Umowy grupowego ubezpieczenia na życie)

### U CHRONI ONKOLOGICZNIE

Oświadczam, że:

- 1) w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z chorobą nowotworową;
- 2) w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu choroby nowotworowej.

Podpis wymagany w przypadku wyboru dodatkowego pakietu "U Chroni Onkologicznie", chyba, że dotychczas posiadało się "Onkologiczne S. O. S." - wtedy można zostawić puste pole

Podpis Ubezpieczonego

Jeżeli nie podpisałaś/podpisałeś powyższego oświadczenia, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu dodatkowego U Chroni Onkologicznie.

## Oświadczenie nr 4, wymagane, jeżeli wnioskujesz o poniższy Pakiet/Wariant dodatkowy (o ile Pakiet/Wariant ten stanowi część Umowy grupowego ubezpieczenia na życie)

### U CHRONI SERCE

Oświadczam, że:

- 1) w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z następującymi schorzeniami: wadami serca, wadami zastawek serca, chorobą niedokrwienną serca, chorobą wieńcową, miażdżycą, zaburzeniami rytmu serca, zawałem serca, udarem mózgu, wylewem, tytością, cukrzycą;
- 2) w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu chorób wymienionych w pkt 1) powyżej.

Podpis wymagany tylko w przypadku wyboru dodatkowego pakietu "U Chroni Serce" (jeśli dotychczas posiadało się ten pakiet można nie składać podpisu)

Podpis Ubezpieczonego

Jeżeli nie podpisałaś/podpisałeś powyższego oświadczenia, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu dodatkowego U Chroni Serce.

## Oświadczenie nr 5, wymagane, jeżeli wnioskujesz o poniższy Pakiet dodatkowy (o ile Pakiet ten stanowi część Umowy grupowego ubezpieczenia na życie)

### U WSPIERA ŻYCIE W ZDROWIU

Oświadczam, że:

- 1) w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z następującymi schorzeniami: cukrzycą, chorobą wieńcową, chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy, przewlekłą chorobą układu oddechowego, dną moczanową, celiakią, chorobą tarczycy (z wyłączeniem Hashimoto);
- 2) w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu chorób wymienionych w pkt 1) powyżej.

Podpis wymagany tylko w przypadku wyboru dodatkowego pakietu "U Wspiera Życie w Zdrowiu"

Podpis Ubezpieczonego

Jeżeli nie podpisałaś/podpisałeś powyższego oświadczenia, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu dodatkowego U Wspiera Życie w Zdrowiu.