

WYBÓR WARIANTU

DLA MNIE	DLA RODZINY	DLA RODZINY	56 +
<input type="checkbox"/> podstawowy – 30 zł	<input type="checkbox"/> podstawowy – 60 zł	<input type="checkbox"/> podstawowy – 55 zł	<input type="checkbox"/> Wariant 56+ –50zł
<input type="checkbox"/> podstawowy+ – 65 zł	<input type="checkbox"/> rozszerzony – 80 zł	<input type="checkbox"/> rozszerzony – 75 zł	
<input type="checkbox"/> rozszerzony – 85 zł			
<input type="checkbox"/> rozszerzony+ – 100 zł			

DANE OSOBOWE I ADRESOWE

Imię i Nazwisko		Rodzaj dokumentu ze zdjęciem	
PESEL		Nr dokumentu ze zdjęciem	
Obywatelstwo		Miejsce urodzenia	
Zawód wykonywany			
Adres	Kod pocztowy miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania		
Adres korespondencyjny	Kod pocztowy miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania		
Email		Telefon	

UPOSAŻENI

Imię i Nazwisko / Firma	Pesel / Regon	Udział	Stopień pokrewieństwa

ANKIETA MEDYCZNA

Oświadczam, że obecnie lub w ciągu ostatnich 10 lat nie chorowałem(am) na:

- choroby serca lub układu krążenia (chorobę wieńcową, zawał serca, wadę serca, zaburzenia rytmu serca (arytmię), kardiomiopatię, miażdżycę lub tętniaka)
- cukrzycę (z wyjątkiem podwyższonego poziomu glukozy we krwi w okresie ciąży)
- raka, choroby krwi (w tym nowotwór złośliwy krwi: białaczkę, chłoniaka, szpiczaka mnogiego) lub inne choroby nowotworowe (w tym nowotwory ośrodkowego układu nerwowego)
- udar mózgu, krwotok śródmózgowy, porażenie (paraliż), niewydolność nerek, marskość wątroby, stwardnienie rozsiane, chorobę Parkinsona, chorobę Alzheimera, chorobę AIDS, zakażenie wirusem HIV

Oświadczam, że obecnie:

- nie zamierzam zasięgać porady lekarskiej, nie oczekuję na wyniki lub wykonanie badań diagnostycznych lub nie zamierzam poddać się leczeniu, w tym leczeniu szpitalnemu z powodu chorób wymienionych powyżej
- nie przebywam w szpitalu, hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium lub na zwolnieniu lekarskim
- nie jestem uznany(a) za niezdolnego(a) do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu, według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym

Oświadczam, że w ciągu ostatniego roku nie byłem(am) hospitalizowany(a) i/lub nie przebywałem(am) na zwolnieniu lekarskim przez okres dłuższy niż 30 dni.

Nie dotyczy to: złamań, usunięcia wyrostka robaczkowego, usunięcia migdałków podniebiennych, ciąży (o ile w jej trakcie nie występowały schorzenia, które są leczone w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową).

Oświadczam, że nie wykonuję żadnego z poniższych zawodów:

artysta cyrkowy, czyszciciel elewacji budowlanych/okien, dekarz, funkcjonariusz służb specjalnych, górnik, kaskader, kominiarz, konwojent wartości pieniężnych, marynarz morski, monter konstrukcji budowlanych/rusztowań, nurek, ochroniarz, operator dźwigu, operator maszyn i urządzeń do produkcji materiałów wybuchowych, członek załogi statku powietrznego, pilot statku powietrznego, policjant, pracownik przy wydobyciu ropy naftowej lub gazu, ratownik górski, ratownik wodny, robotnik rozbiórki budowlanej, rybak morski, spadochroniarz, sportowiec zawodowy, strażak, żołnierz zawodowy.

TAK NIE

W przypadku odpowiedzi „NIE” nie ma możliwości zawarcia ubezpieczenia

ZGODA WYMAGANA DO ZAWARCIA UBEZPIECZENIA

- Zgoda na otrzymywanie informacji handlowej drogą elektroniczną (niezbędna do wysłania elektronicznej oferty na e-mail).
- Zgoda na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie.
- Upoważnienie do uzyskiwania informacji od NFZ oraz od podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- Wniosek o komunikację za pomocą środków porozumiewania się na odległość.
- Zgoda na przekazanie danych osobowych do STU ERGO Hestia SA w celu marketingu jego produktów i usług, w tym prezentacji ofert.
- Zgoda dla Ubezpieczającego - Krajowego Stowarzyszenia ubezpieczonych w Grupie Otwartej.

Oświadczenie o otrzymaniu Warunków Ubezpieczenia.

Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia otrzymałem/am Warunki Ubezpieczenia na podstawie których objęty będę ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Krajowym Stowarzyszeniem ubezpieczonych w Grupie Otwartej a Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestii SA w Sopocie oraz że zapoznałem/am się z ich treścią i w pełni je akceptuję.

Data, miejscowość, podpis Ubezpieczającego