

# WNIOSEK O ZAWARCIE UBEZPIECZENIA

Jest to wniosek roboczy, na podstawie którego zostanie przygotowany właściwy wniosek w systemie Ubezpieczyciela i przesłany do sprawdzenia i akceptacji. Podstawą zawarcia ubezpieczenia będzie zaakceptowany wniosek z systemu Ubezpieczyciela.

## HESTIA RAZEM



### WYBÓR WARIANTU

<b>DLA MNIE</b>	<input type="checkbox"/> podstawowy	<input type="checkbox"/> podstawowy+	<input type="checkbox"/> rozszerzony	<input type="checkbox"/> rozszerzony+	<input type="checkbox"/> Premium (do 54 roku życia)
<b>DLA NAS</b>	<input type="checkbox"/> standard (od 54 roku życia)	<input type="checkbox"/> podstawowy	<input type="checkbox"/> rozszerzony		
<b>DLA RODZINY</b>	<input type="checkbox"/> podstawowy	<input type="checkbox"/> rozszerzony			
<b>ROZSZERZENIA</b>	<input type="checkbox"/> Medi Plan	<input type="checkbox"/> Medi Assistance			

### 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 w okresie ostatnich 5 lat nie rozpoznano u mnie, nie byłem(am) diagnozowany(a), nie byłem leczony(a) ani nie przebywałem(am) pod stałą opieką lekarską z powodu następujących schorzeń:

- choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, wady serca, zaburzeń rytmu serca, kardiomiopatii, miażdżycy, tętniaka
- cukrzycy (z wyjątkiem podwyższonego poziomu glukozy we krwi w okresie ciąży)
- nowotworu złośliwego, choroby krwi (niedokrwistości aplastycznej, białaczki, chłoniaka, szpiczaka, zespołu mielodysplastycznego, niedokrwistości sierpowatokrwinkowej, talasemii, hemofilii lub trombofilii), nowotworu łagodnego mózgu lub rdzenia kręgowego
- udaru mózgu, krwotoku śródmózgowego, porażenia (paraliżu), przewlekłej niewydolności oddechowej, niewydolności nerek, marskości wątroby, choroby alkoholowej lub uzależnienia od narkotyków, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, choroby Alzheimerera, AIDS, zakażenia wirusem HIV lub innej choroby, w zakresie której zalecenie lekarskie obejmowało lub obejmuje wykonanie przeszczepu narządu

Oświadczam, że obecnie:

- nie zamierzam zasięgać porady lekarskiej, nie oczekuję na wykonanie badań diagnostycznych, nie oczekuję na wyniki takich badań, ani nie zamierzam poddać się leczeniu, w tym leczeniu szpitalnemu z powodu chorób wymienionych powyżej
- nie przebywam w szpitalu, hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium ani 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) przez okres dłuższy niż 30 dni
- nie przebywałem(am) na zwolnieniu lekarskim przez okres dłuższy niż 30 dni

Powyższe oświadczenie nie dotyczy hospitalizacji lub przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu: złamań, zwichnięć, skręceń, usunięcia wyrostka robaczkowego, usunięcia migdałków podniebiennych, ciąży (o ile w jej trakcie nie występowały schorzenia, które są leczone w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową), opieki nad dzieckiem (zasiłku opiekuńczego)

**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, monter kadłubów okrętowych, monter instalacji fotowoltaicznych lub serwisant elektrowni wiatrowych pracujący na wysokości, nurek, ochroniarz, operator dźwigu, operator maszyn i urządzeń do produkcji materiałów wybuchowych, personel statku powietrznego, pilot statku powietrznego, policjant, pracownik przy wydobyciu ropy naftowej lub gazu, ratownik górski, ratownik wodny, robotnik rozbiórki budowli, 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