



Czy wykonywany zawód wymaga:	TAK	NIE
pracy na wysokości powyżej 5 metrów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
udziału w pracach wydobywczych i/lub budowlanych pod ziemią?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
naprawy lub konserwacji maszyn lub urządzeń wysokiego napięcia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
udziału w połowie ryb na morzu z pokładu jednostki o długości do 25 metrów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stykania się z materiałami bądź substancjami: wybuchowym łatwopalnymi, trującymi lub żrącymi, radioaktywnymi bądź azbestem? (podkreśli właściwe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przebywania na morzu poza obszarem wód terytorialnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dysponowania bronią palną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pracy w powietrzu na pokładzie samolotu licencjonowanych linii lotniczych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przewodzenia samochodów ciężarowych bądź autobusów poza obszarami zabudowanymi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DODATKOWE INFORMACJE O UBEZPIECZAJĄCYM (Prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Wzrost: | | | cm Waga: | | | kg

Odpowiadając na pytania w poniższej tabeli, proszę wstawić znak „X” w odpowiedniej rubryce. UWAGA! W przypadku udzielenia pozytywnej odpowiedzi na którekolwiek z pytań oznaczonych numerami od 2 do 7 należy wypełnić dodatkowo Załącznik nr 1 do Wniosku o zawarcie umowy Ubezpieczenia Stypendialnego „ŻAK”

	TAK	NIE
1 Czy pali Pan / Pani papierosy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy korzystał/korzystała Pan / Pani z pomocy lekarza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Czy aktualnie przebywa Pan / Pani na zwolnieniu lekarskim wystawionym na dłużej niż 21 dni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Czy w ciągu ostatnich trzech lat był Pan / była Pani hospitalizowany / hospitalizowana przez okres dłuższy niż dwie doby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Czy w ciągu ostatnich trzech lat przebywał Pan / przebywała Pani na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 31 dni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Czy w ciągu ostatnich trzech lat przebył Pan / przebyła / Pani operację chirurgiczną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Czy ma lub miał Pan / miała Pani orzeczoną przez ZUS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Całkowitą niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Częściową niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jest to niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> stała <input type="checkbox"/> okresowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Czy przebył Pan / przebyła Pani zawał serca i / lub udar mózgu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Czy jest Pan / Pani nosicielem wirusa HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Czy wykryto u Pana / Pani choroby nowotworowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Czy jest Pan chory / Pani chora na gruźlicę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Czy był Pan / była Pani kiedykolwiek pacjentem oddziału neurologicznego lub psychiatrycznego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Czy jest Pan chory / Pani chora na cukrzycę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę, aby ten wniosek i zawarte w nim informacje były podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia w ramach Ubezpieczenia Stypendialnego „ŻAK”. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek podlega weryfikacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Przed podpisaniem niniejszego wniosku, otrzymałem/łam Ogólne Warunki Ubezpieczenia Stypendialnego „ŻAK”, zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 01/24/2015 z dnia 22 lipca 2015 roku, Skorowidz określający istotne warunki ubezpieczenia, który stanowi załącznik do ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, inne dokumenty kształtujące treść umowy ubezpieczenia, a także Zasady rozpatrywania reklamacji w „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, z którymi się zapoznałem /łam, i których treść akceptuję.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich danych osobowych jest „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 162A. Celem zbierania danych jest wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym zakładów opieki zdrowotnej, osób fizycznych wykonujących zawód medyczny, grupowych praktyk lekarskich, grupowych praktyk pielęgniarek oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Zobowiązuję się do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group, obecnie oraz w przyszłości, moich danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2014 roku poz. 1182 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją niniejszej umowy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych w celach marketingowych, również w przypadku nie zawarcia umowy ubezpieczenia lub jej wygaśnięcia oraz na przesyłanie za pomocą usług pocztowych informacji dotyczących oferowanych produktów i usług. NIE:

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie ww. adresu e-mail do przesyłania przez „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group informacji dotyczących umowy ubezpieczenia, w szczególności w zakresie zmian warunków tej umowy oraz rozpatrywania reklamacji. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przekazywania moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy Vienna Insurance Group oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez te podmioty moich danych osobowych w celach marketingowych, promujących usługi i produkty oferowane przez te podmioty. NIE:

Upoważniam „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do przesyłania za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji handlowej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. Nr 144 poz. 1204 z późn. zm.). NIE:

Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania.

Wszystkie oświadczenia oraz dane osobowe składałem dobrowolnie, a podane we wniosku informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych nieprawdziwych lub niekompletnych, uprawnia „POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group do odmowy wypłaty świadczenia na podstawie art. 815 oraz art. 834 Kodeksu Cywilnego.

\_\_\_\_\_  
Data podpisania wniosku

\_\_\_\_\_  
podpis Ubezpieczającego

Jako przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego, wyrażam zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia na ww. warunkach.

\_\_\_\_\_  
podpis przedstawiciela ustawowego

\_\_\_\_\_  
pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

\_\_\_\_\_  
„POLISA-ŻYCIE” TU S.A. Vienna Insurance Group  
pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek