

		TAK	NIE
4	Jeśli w ciągu ostatniego roku był Pan / była Pani hospitalizowany / hospitalizowana przez okres dłuższy niż dwie doby i zna Pan / Pani rozpoznanie swojej choroby, proszę je wpisać poniżej:		
	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 Agenta. Jeśli w ciągu roku była Pan/była Pani hospitalizowany/hospitalizowana więcej niż jeden raz proszę dołączyć kserokopie wszystkich wypisów na ww. zasadach.		
5	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:		
	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 Agenta. Jeśli w ciągu roku była Pan / była Pani hospitalizowany / hospitalizowana więcej niż jeden raz proszę dołączyć kserokopie wszystkich wypisów na ww. zasadach.		
6	Czy ma Pan / Pani orzeczoną przez ZUS:		
	A. Całkowitą niezdolność do pracy		
	B. Częściową niezdolność do pracy		
	Jeśli TAK proszę podać przyczynę przyznawanych świadczeń (rozpoznanie medyczne). Proszę dołączyć kopię wypisu orzeczenia lekarskiego ZUS.		

miejsce i data

podpis Ubezpieczającego

pieczęć i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

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