



**POLSKIE
TOWARZYSTWO
UBEZPIECZEŃ S.A.**

Wniosek o zawarcie ubezpieczenia Gamma 3

POLSKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ S.A.
ODDZIAŁ W KRAKOWIE
31-034 Kraków, ul. Lubicz 9
tel./fax (0-12) 429-68-72, 429-45-35
Identyfikator 189903
poczta PTU S.A.

Numer polisy

Numer PESEL:

Okres ubezpieczenia

od

dzień miesiąc rok

do

dzień miesiąc rok

Zakres:

 następstwa
nieszczęśliwych
wypadków

 świadczenia w związku
z leczeniem w kraju

 koszty leczenia
za granicą

Suma
ubezpieczenia: zł

Ubezpieczający
Imię i nazwisko, adres

ITC B. Kaczmarczyk & M. Drzyżdżyk ul. Kurniki 4 31 - 156 Kraków

Ubezpieczony
Imię i nazwisko,
data i miejsce ur.
Adres stałego
zameldowania
i kod pocztowy

Przebyte schorzenia, które spowodowały stałe uszkodzenie ciała (orzeczone przez lekarza lub orzecznika ZUS lub inne towarzystwa ubezpieczeń), podać datę, nazwę uszkodzonych organów, narządów lub układów i określić rodzaj uszkodzenia oraz orzeczony stopień stałego uszczerbku na zdrowiu.

| Uszkodzony organ, narząd lub układ | Rodzaj uszkodzenia | Stopień uznanego stałego uszczerbku na zdrowiu w % |
|------------------------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Czy ubezpieczony otrzymał odszkodowanie z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków? Podać nazwę uszkodzonych organów, narządów lub układów i określić rodzaj uszkodzenia oraz stopień orzeczonego stałego uszczerbku:

| Uszkodzony organ, narząd lub układ | Rodzaj uszkodzenia | Stopień uznanego stałego uszczerbku na zdrowiu w % |
|------------------------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Czy ubezpieczony posiadał lub posiada umowę ubezpieczenia od NNW i KL w kraju i/lub za granicą zawartą z innym towarzystwem ubezpieczeniowym i/lub z PTU S.A. ? Jeżeli tak, proszę wpisać jaką:

Proszę wpisać TAK lub NIE

Nazwa i adres towarzystwa ubezpieczeniowego:

Czy istnieją przeciwwskazania lekarskie do odbywania podróży zagranicznych? (wypełnić w przypadku zakresu ubezpieczenia rozszerzonego o KL i NW za granicą)

Proszę wpisać TAK lub NIE

Jako uprawnionego do odebrania świadczenia w razie mojej śmierci wyznaczam:

Nazwisko, imię,
adres, dokument
tożsamości, PESEL

UWAGA: Jeżeli ubezpieczony otrzymał odszkodowanie z tytułu uszczerbku na zdrowiu, a następnie doznał urazu tego samego organu, narządu lub układu, należne świadczenie stanowi różnicę między wypłaconą już kwotą a właściwym świadczeniem za stopień uszkodzenia danego organu, narządu lub układu. Jeżeli ubezpieczony podał niezgodne z prawdą informacje, to w przypadku zaistnienia uszczerbku na zdrowiu na skutek wypadku PTU S.A. może odmówić wypłaty odszkodowania, chyba że nie mają one wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany oświadczam że jestem / nie jestem* dotknięty chorobą chroniczną, wrodzoną, zawodową, przewlekłą, psychiczną

oraz korzystam w związku z tym z opieki medycznej w przychodni / klinice / szpitalu* w

Miejscowość i data

Czytelny podpis Ubezpieczającego

* Właściwą odpowiedź zakreślić.

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA OSOBY UBEZPIECZONEJ

Nazwa i adres placówki służby zdrowia, której podlega ubezpieczony

Wiek:

Wzrost:

Waga:

Ile papierosów wypala Pani/Pan dziennie ?

Jaką ilość alkoholu wypija Pani/Pan miesięcznie?

Jeżeli odpowiedź na któreś z poniższych pytań brzmi TAK, proszę podać szczegóły w przeznaczonym na to miejscu

Czy chorował/a Pani/Pan kiedykolwiek na:

TAK / NIE

- nadciśnienie, choroby serca, reumatyzm, cukrzycę?
- chorobę nowotworową, choroby płuc, układu nerwowego?
- udar lub paraliż, choroby mięśni, kości lub stawów?
- choroby układu pokarmowego, woreczka żółciowego?
- choroby nerek lub narządów płciowych?
- alergie, astmę, niedokrwistość, inne choroby krwi lub chorobę tarczycy?

Czy obecnie jest Pani/Pan pod obserwacją lub leczy się z powodu jakiegokolwiek dolegliwości?

Czy ma Pani/Pan poważną wadę (chorobę) wzroku, słuchu lub widoczne kalectwo?

Czy w ciągu ostatnich 5 lat:

chorował/a Pani/Pan na jakąkolwiek chorobę zakaźną, psychiczną lub inną niż powyższe?

miał/a Pani/Pan przeprowadzoną operację lub doznał/a urazu?

był/a Pani/Pan pacjentką/tem w szpitalu, klinice, sanatorium lub innym ośrodku opieki medycznej?

Czy jest bądź był/a Pani/Pan leczona/y z powodu AIDS ?

Czy przechodził/a Pani/Pan jakieś operacje chirurgiczne?

Dotyczy mężczyzn: czy był Pan zwolniony lub otrzymał odroczenie służby wojskowej z powodu przebytych chorób?

Dotyczy kobiet: czy jest Pani w ciąży (jeśli tak, proszę podać w którym miesiącu) ?

Zwalniam leczących mnie lekarzy od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie PTU S.A. dokumentacji mojego leczenia. Powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym: kwituję odbiór Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „GAMMA 3”.

Miejscowość i data

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Data i podpis przyjmującego wniosek

Niniejszym wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Ubezpieczeniowe S.A. (PTU S.A.), przyjmując do wiadomości że mam prawo do wglądu do swoich danych przekazanych PTU S.A. oraz prawo do ich poprawiania. Jednocześnie wyrażam zgodę na przesyłanie na mój adres informacji dotyczących ubezpieczeń oferowanych przez PTU S.A.

Miejscowość i data

Podpis Ubezpieczającego

Upoważniam firmę ITC do wykupienia w moim imieniu polisy ubezpieczeniowej.

.....
Data i podpis ubezpieczonego