

Nr wniosku/Polisy

Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
z siedzibą w Warszawie
ul. Cybernetyki 7, 02-677 Warszawa
Centrala tel.: 0 22 332 10 31, fax: 0 22 332 17 55
Centrum informacyjne tel.: 0 801 888 000
www.skandia.pl

Formularz – dodatkowe oświadczenie o stanie zdrowia Ubezpieczonego

1. Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nr Pesel

Numer telefonu

2. Dane Ubezpieczonego

Prosimy o zakreślenie tylko jednego, właściwego kwadratu „x”

- Oświadczam, że od daty podpisania przeze mnie w/w wniosku nie wystąpiły zmiany w stanie mojego zdrowia: nie stwierdzono zaostrzeń chorób już istniejących, nie stwierdzono wystąpienia żadnej nowej choroby, nie przeprowadzono żadnego zabiegu, operacji, nie wykonano ani nie skierowano mnie na żadne badania diagnostyczne, nie byłem/am hospitalizowany/na.

- Oświadczam, że od daty podpisania przeze mnie w/w wniosku wystąpiły następujące zmiany w stanie mojego zdrowia:

UWAGA! Niniejsze oświadczenie stanowi załącznik do w/w wniosku / Polisy i będzie traktowane jako podstawa do wznowienia umowy ubezpieczenia, zawartej pomiędzy Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającym.

Oświadczenie Ubezpieczonego

Ja, niżej podpisany(a):

- Upoważniam Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych dotyczących stanu mojego zdrowia i przyczyn mojej śmierci (z wyłączeniem badań genetycznych) od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. wszelkich informacji i dokumentacji medycznej o stanie mojego zdrowia oraz o przyczynach mojej śmierci, o które będzie zapytywała w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
- Upoważniam Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do zasięgnięcia informacji z sądu, prokuratury, policji oraz innych organów i instytucji, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności.
- Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne prawdą i jestem świadomy, że w przypadku podania nieprawdziwych lub zatajenie prawdziwych informacji Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. ma prawo ograniczyć wysokość świadczeń na zasadach określonych w OWU.

Data

Podpis Ubezpieczonego

(w przypadku osób, które nie ukończyły 13 roku życia
- podpis przedstawiciela ustawowego
wskazanego na wniosku o zawarcie Umowy)

Imię i nazwisko oraz podpis przedstawiciela Ustawowego
(w przypadku gdy Ubezpieczony nie osiągnął pełnoletności)

Miejscowość

3. Dane Ubezpieczającego

Nazwisko

Imię

Nr Pesel

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość / Poczta

Kraj

Oświadczenie Ubezpieczającego

Ja, niżej podpisany(a): wnioskuję o wznowienie Umowy.

Data

Podpis Ubezpieczającego

Podpis drugiego Ubezpieczającego
(tylko w przypadku Multiportfel Misiek/Misiek Plus)

Miejscowość