**PAKIET SENIOR , SILVER SENIOR**

DANE POTRZEBNE DO ZAWARCIA UBEZPIECZENIA

IMIĘ I NAZWISKO…………………………………………… ADRES ZAMIESZKANIA…………………………………………………..

ADRES KORESPONDENCYJNY…………………………………..E-MAIL………………………………………….NR TEL………………....OBYWATELSTWO………………….

PAŃSTWO I MIEJSCE URODZENIA…………………………………………….PESEL……………………………SERIA I NR DOW.OS…………………………………………….

UPOSAŻENI IMIĘ NAZWISKO I PESEL……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

WYBRANY WARIANT UBEZPIECZENIA……………………………………………

Oświadczenie o stanie zdrowia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **W celu określenia Pani/Pana współczynnika BMI proszę o podanie Pani/Pana wagi w kg:** |  |
| **2.** | **W celu określenia Pani/Pana współczynnika BMI proszę o podanie Pani/Pana wzrostu w cm:** |  |
| **3.** | **Proszę o podanie Pani/Pana zmiany wagi w ostatnim roku w kg:** |  |
| **4.** | **Czy zmiana była skutkiem diety?** |  |
| **5.** | **Czy kiedykolwiek ubiegał/a się lub otrzymał/a Pan/Pani rentę chorobową (inwalidzką, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek pielęgnacyjny lub stopień niepełnosprawności)? Pytania szczegółowe: Na jaki okres? Z jakiego powodu? Grupa, stopień niezdolności do pracy lub stopień niepełnosprawności? *Jeśli nie, pole pozostaw puste.*** |  |
| **6.** | **Czy przez ostatnie 5 lat leczył/a się Pan/Pani lub rozpoznano u Pana/Pani chorobę serca, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu padaczkę, niedowład, choroby płuc, choroby nerek, choroby psychiczne, cukrzycę, choroby wątroby, choroby reumatyczne, stwardnienie rozsiane, choroby zakaźne (w szczególności boreliozę, WZW typu B, typu C, HIV) guz lub nowotwór, chorobę alkoholową, chorobę jelit. Czy chorował/a Pan/Pani, choruje prowadzono u Pana/Pani diagnostykę, jak również zamierza Pan/Pani poddać się leczeniu w związku z ww. chorobami? *Jeśli nie, pole pozostaw puste.*** |  |
| **7.** | **Proszę podać informacje o placówkach medycznych, w których zatrudnieni są lekarze prowadzący, pierwszego kontaktu lub lekarz rodzinny Ubezpieczanego. Nazwa, adres, numer telefonu:** |  |
| **Ankieta medyczna****Uzupełnij tylko, jeśli powyższe pola 5 lub 6 zostały wypełnione.****W przypadku udzielenia informacji twierdzącej na którekolwiek z poniższych pytań,prosimy o podanie bliższych szczegółów w widocznych polach.** |
| **8.** | **Czy w ciągu ostatniego roku przed dniem podpisania niniejszej Ankiety medycznej otrzymał/a Pan/Pani zwolnienie lekarskie na okres dłuższy niż 30 kolejnych dni? (nie dotyczy skręcenia, zwichnięcia oraz złamania kończyn dolnych lub górnych, usunięcia migdałków, wyrostka robaczkowego, zwolnienia na osoby trzecie np.: małżonek, dziecko, w przypadku kobiet nie dotyczy ciąży lub porodu. Pytania szczegółowe: Kiedy na jaki okres? Z jakiego powodu?** |  |
| **9.** | **Czy obecnie przebywa Pan/Pani w szpitalu, hospicjum lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub innej podobnej placówce?** |  |
| **10.** | **Czy w ciągu ostatnich 5 lat przed podpisaniem niniejszego wniosku zalecono Panu/Pani wykonanie badań diagnostycznych lub konsultacji lekarskich w związku z nieprawidłowymi wynikami badań medycznych, wykrytymi nieprawidłowościami zdrowotnymi lub odczuwanymi przez Pana/Panią dolegliwościami (bóle głowy, dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, bóle brzucha, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, choroby układu kostno-stawowego, dyskopatia)?** |  |
| **11.** | **Czy pali Pan/Pani lub rzucił palenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Pytania szczegółowe: Rodzaj tytoniu? Od kiedy? Ile papierosów/dzień?** |  |
| **12.** | **Czy teraz lub w przeszłości przyjmował/a Pan/Pani narkotyki, środki odurzające lub inne substancje psychoaktywne, nadużywał/a Pan/Pani alkoholu? Pytania szczegółowe: Jakie? Jak długo? Kiedy ostatnio?** |  |

Oświadczenie PEP

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. (Dz.U. 2018, poz. 723 – tekst jednolity).** |  |
| WYJAŚNIENIE DO DEKLARACJI W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO PRZEZ OSOBĘ ZAJMUJĄCĄ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018r. uważa się, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:1. szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
2. członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
3. członków organów zarządzających partii politycznych,
4. członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
5. członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
6. ambasadorów, chargés d’affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
7. członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
8. dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
9. dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISCY WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNErozumie się przez to:1. osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą

zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,1. osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

PRZEZ CZŁONKÓW RODZINY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNErozumie się przez to:1. małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
2. dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
3. rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

 ………………………………………………………………. PODPIS UBEZPIECZONEGO |