

Oświadczenie wstępne kwalifikujące daną osobę do badań medycznych (ubezpieczenie na życie Sogecap SA Oddział w Polsce)

Dane osoby kierowanej na badania: *(Należy wypełnić drukowanymi literami)*

Imię:
Nazwisko:
Adres zamieszkania:
PESEL: _____
(Wypełnia Bank)
Umowa kredytowa/wniosek nr: _____ z dnia _____

Oświadczam, że wyrażam chęć zawarcia Umowy Ubezpieczenia z Sogecap S.A. z siedzibą we Francji, prowadzącą działalność w Polsce poprzez Sogecap Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia i wybieram następujący wariant ubezpieczenia, obejmujący swym zakresem:

- Wariant 2:** ryzyko Śmierci i Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy w zależności, które zdarzenie nastąpi pierwsze.
- Wariant 2a:** ryzyko Śmierci i Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy w zależności, które zdarzenie nastąpi pierwsze, oraz ryzyko zgonu w następstwie wypadku komunikacyjnego.
- Wariant 3:** - ryzyko pierwszej Śmierci wśród Współubezpieczonych z dowolnej przyczyny, z tytułu którego Towarzystwo wypłaciło sumę ubezpieczenia, albo
- ryzyko pierwszej Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy wśród Współubezpieczonych, z tytułu którego Towarzystwo wypłaciło sumę ubezpieczenia,
- w zależności od tego, które zdarzenie nastąpi pierwsze.

Data i podpis Klienta

A + B	ŁĄCZNA KWOTA W ZŁ	FORMALNOŚCI ZWIĄZANE Z ZAWarciEM UMOWY UBEZPIECZENIA
	Poniżej 400.000 zł	---
	Od 400.000 do 500.000 zł włącznie	Deklaracja o stanie zdrowia
	Powyżej 500.000 zł lub w przypadku pozytywnej odpowiedzi na pytania w kwestionariuszu medycznym	Kwestionariusz medyczny + Badanie lekarskie na koszt Ubezpieczyciela

DEKLARACJA O STANIE ZDROWIA

- Zaświadczam, że nie zdiagnozowano u mnie żadnych przewlekłych chorób. W poprzednim roku nie otrzymałem zwolnienia lekarskiego trwającego ponad 4 tygodnie. Nie otrzymałem od lekarza zalecenia prowadzenia okresowych kontroli lekarskich po leczeniu poważnej choroby, ani zalecenia leczenia chirurgicznego. Nie mam wiedzy o żadnych okolicznościach medycznych, które mogłyby skutkować pogorszeniem stanu mojego zdrowia.

- Nie mogę poświadczyć powyższych informacji, w związku z czym wnoszę o objęcie pełną ochroną po przeprowadzeniu przez Ubezpieczyciela procedury akceptacji medycznej.

data i podpis Klienta