



# Ankieta wyboru wariantu ubezpieczeniowego

## WYBÓR WARIANTU:

Prosimy o zaznaczenie **X** wybranego Wariantu oraz Propozycji:

\*dla każdego Ubezpieczonego (Pracownika lub Członka Rodziny) należy wypełnić osobne Oświadczenie o wyborze wariantu

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Imię i nazwisko Ubezpieczonego |  |
| Nr tel. komórkowy              |  |
| Adres e-mail                   |  |

**UBEZPIECZONY:** pracownik / współmałżonek / partner / pełnoletnie dziecko (zakreśl właściwe)

**Wybieram pakiet PODSTAWOWY (jeśli tak, proszę zaznaczyć x):**

| ZAKRES PODSTAWOWY + W Razie Wypadku |                           |                       |  |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------|--|
| Wariant 1<br>-podstawowy            | Wariant 2<br>-rozszerzony | Wariant 3<br>-singiel | Wariant 4<br>- z dodatkami<br>rodzinnymi   |
| 66,88 zł                            | 76,33 zł                  | 75,66 zł              | <b>Razem: 115,33 zł</b><br>W tym ochrona dla dziecka<br>24 zł, i wsparcie dla rodziny<br>15 zł |

Pakiety podstawowe można łączyć dowolnie z poniższymi dodatkami.

**Wybieram pakiet dodatkowy \*\* (jeśli tak, proszę zaznaczyć x):**

| Nazwa pakietu dodatkowego   | Wariant I                      | Wariant II                        | Wariant III   |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| ➤ Ochrona dla dziecka*<br><small>Składka miesięczna za wszystkie dzieci ubezpieczonego (dziecko do 18 r. ż lub do 25 jeśli się uczy)</small>  | 10 zł <input type="checkbox"/> | 16 zł <input type="checkbox"/>    | 24 zł <input type="checkbox"/><br><small>Obligatoryjnie przy wariantcie 4</small> |
| ➤ Wsparcie na wypadek nowotworu*<br><small>(obowiązują karencje: 90 dni ciężkie choroby i leczenie specjalistyczne, zgon- 6 miesięcy)</small> | 12 zł <input type="checkbox"/> | 17 zł <input type="checkbox"/>    | 29 zł <input type="checkbox"/>  |
| ➤ Wsparcie dla rodziny*:  | 5 zł <input type="checkbox"/>  | 10 zł <input type="checkbox"/>    | 15 zł<br><small>Obligatoryjnie przy wariantcie 4</small>                          |
| ➤ Wsparcie po wypadku*  | 6 zł <input type="checkbox"/>  | 10,50 zł <input type="checkbox"/> | 14,50 zł <input type="checkbox"/>   |

\* nie można przebywać na zwolnieniu lekarskim. \*\* Osoby bliskie mogą wybrać taki sam pakiet i wariant jak pracownik. Warunkiem wybrania pakietu dodatkowego jest przystąpienie do pakietu podstawowego.

**Jestem zainteresowany/a przeliczeniem pakietu prywatnej opieki medycznej** dostęp do lekarzy specjalistów i badań ambulatoryjnych (możliwe wdrożenie od 01.09.2025). Kwota świadczeń zależy od liczby zainteresowanych pracowników. Zapoznaj się z zakresami. Zaznacz x

**Tak** dla siebie

**TAK** dla siebie i bliskich (małżonek/partner życiowy, dzieci do 18r.ż lub do 25 jeśli się uczą)

**NIE**

**Jestem niezdecydowana/y** (zależy od składki)

..... (data i podpis)

## **DANE DO DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA**

**Wypełniamy w przypadku przystąpienia nowej osoby lub aktualizacji danych**

UBEZPIECZONY: pracownik / współmałżonek / partner / pełnoletnie dziecko (zakreśl właściwe)

NAZWISKO.....IMIĘ .....

PESEL .....

ADRES DO KORESPONDENCJI: .....

DATA ZATRUDNIENIA .....

jeśli ubezpieczonym jest małżonek pracownika – data zawarcia związku małżeńskiego- .....

UPOSAŻENI:

NAZWISKO I IMIĘ .....ILE %.....

PESEL albo miejsce urodzenia i data urodzenia: .....

NAZWISKO I IMIĘ .....ILE %.....

PESEL albo miejsce urodzenia i data urodzenia: .....

NAZWISKO I IMIĘ .....ILE %.....

PESEL albo miejsce urodzenia i data urodzenia: .....

\*Jeśli jesteś w **związku partnerskim** i chcesz otrzymać świadczenia dotyczące małżonka (śmierć małżonka, śmierć rodziców małżonka) wskaż na deklaracji dane swojego partnera życiowego:

IMIĘ..... NAZWISKO.....

PESEL..... MIEJSCE URODZENIA.....

..... (data i podpis)