



Wniosek ubezpieczenia sportowego

Wspieramy Sportowców w osiągnięciu sukcesów

DANE OSOBOWE

Imię i Nazwisko:	
PESEL / Data urodzenia:	
Telefon / e-mail:	
Adres do korespondencji:	
Dyscyplina sportu:	
Status sportowy*	

*proszę wpisać jedną z opcji : profesjonalista, wyczynowiec, amator

Profesjonalista – osoba posiadająca profesjonalny kontrakt sportowy

Wyczynowiec – osoba posiadająca aktualną licencję zawodnika uprawiającą do uczestnictwa we współzawodnictwie sportowym (sportowiec zarejestrowany w związku/ klubie sportowym)

Amator – osoba rekreacyjnie uprawiająca sport (niezrzeszona w związku/ klubie sportowym)

PRAWNY OPIEKUN UBEZPIECZONEGO/ KLUB

Imię i Nazwisko/ KLUB:	
Adres:	
PESEL/ NIP:	
Adres do korespondencji:	
Telefon / e-mail:	

ANKIETA POTRZEB KLIENTA

LP.	Oczekiwany zakres ochrony	TAK	NIE	Oczekiwana suma ubezpieczenia
1.	Trwały uszczerbek (NNW)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zł
2.	Koszty leczenia i rehabilitacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zł
3.	Czasowa niezdolność do pracy / uprawiania sportu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zł
4.	Trwała niezdolność do pracy / uprawiania sportu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zł
5.	OC w życiu prywatnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zł
6.	Koszty leczenia poza RP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zł
7.	Koszty leczenia cudzoziemców na terenie RP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zł
8.	Ubezpieczenie na życie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zł
9.	Ubezpieczenie zdrowotne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zł
10.	Inne (jakie?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zł
 zł
 zł
 zł

KONTRAKT SPORTOWY

(Dotyczy ubezpieczenia z zakresem obejmującym czasową lub trwałą niezdolność do uprawiania sportu)

Roczne wynagrodzenie gwarantowane kontraktem sportowym (brutto)	
Roczne wynagrodzenie premiowe określone w kontrakcie sportowym (brutto)	
Inne przychody związane z uprawianiem sportu (brutto) / jakie?	

ANKIETA MEDYCZNA / HISTORIA URAZÓW

1. Czy przebywa Pan/Pani obecnie na zwolnieniu lekarskim i jest niezdolny/a do pracy /uprawiania sportu z powodu nieszczęśliwego wypadku lub choroby, a także czy jest Pan/Pani poddawany/a obecnie leczeniu albo jest pod szczególnym nadzorem/opieką lekarską? TAK NIE
2. Czy w ciągu ostatnich 3 lat przechodził Pan/Pani kurację zmniejszającą ból, lub zażywał/a Pan/Pani leki antyzapalne dłużej niż przez 21 dni? TAK NIE
3. Przebyte kontuzje / urazy / wypadki / choroby w ciągu kariery sportowej (dotyczy wypadków / chorób, które wymagały co najmniej 3 tygodniowego leczenia)

Data wypadku	Rodzaj urazu, sposób leczenia (zachowawcze, chirurgiczne), data i miejsce operacji	Okres niezdolności

4. Czy istnieje powód, aby przypuszczać, że będzie Pan/i wymagać leczenia albo zabiegu chirurgicznego/operacji w przyszłości? TAK NIE

Jeśli tak, to jaki:

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Potwierdzam, że wszystkie odpowiedzi są pełne, kompletne i prawdziwe, i że nie zatajono żadnych informacji mogących mieć wpływ na decyzję i ocenę ryzyka Ubezpieczyciela.

.....
(data, podpis)