

Dotyczy Umowy ubezpieczenia nr: | | | | - | | | - | | | | |

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie, również w przeszłości, a także nie leczyłem/łam się i nie leczę z powodu żadnego z poniższych schorzeń:

- wad wrodzonych i rozwojowych
- wad lub chorób serca
- zawału serca
- przewlekłych chorób płuc
- udaru mózgu
- niewydolności nerek
- nowotworu
- zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności – HIV
- żółtaczkę typu B i C – wirusowego zapalenia wątroby typu B i C

Nie orzeczono u mnie znacznego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, w poprzednim stanie prawnym: I grupa inwalidztwa), umiarkowanego stopnia niepełnosprawności (tj. całkowitej niezdolności do pracy, w poprzednim stanie prawnym: II grupa inwalidztwa) lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

\_\_\_\_\_  
Imię nazwisko

\_\_\_\_\_  
PESEL

\_\_\_\_\_  
podpis Klienta

\_\_\_\_\_  
miejscowość i data