



KWESTIONARIUSZ DLA OSÓB PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

I. UBEZPIECZONY

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| Imię i nazwisko | |
| <input type="text"/> | |
| Data urodzenia (DD:MM:RRRR) | Zawód |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

II. UBEZPIECZAJĄCY

| | |
|----------------------|----------------------|
| Nazwa pracodawcy | Numer polisy |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

III. INFORMACJE NA TEMAT STANU ZDROWIA UBEZPIECZONEGO

| | | |
|----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Wzrost (cm) | Waga (kg) | Zmiana wagi w okresie roku +/- (kg) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Lp. | Pytanie | Nie | Tak | Szczegóły |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. | Czy choruje Pan(i) obecnie lub chorował/chorowała w ciągu ostatnich 10 lat na: | | | |
| 1.1 | Jakiegokolwiek choroby serca lub układu krążenia (na przykład: podwyższone ciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, zawał serca, dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, szmery serca, zmiany w EKG, udar mózgu itp.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Choroba? Przebieg? Rok wystąpienia/zakończenia leczenia? |
| 1.2 | Zaburzenia przemiany materii (na przykład cukrzycę, hiperlipidemię/choroby tarczycy, itp.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Choroba? Przebieg? Rok wystąpienia/zakończenia leczenia? |
| 1.3 | Raka, jakiegokolwiek choroby nowotworowe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Choroba? Przebieg? Rok wystąpienia/zakończenia leczenia? |
| 1.4 | Inną chorobę przewlekłą, w tym chorobę: układu pokarmowego (np. zapalenie wątroby lub trzustki, przewlekłe zapalenie jelit), układu oddechowego (na przykład: astmę, POCHP, gruźlicę), układu moczopłciowego (na przykład: przewlekłe zapalenie nerek, kamice nerkowa), krwi (na przykład niedokrwistość), układu nerwowego lub zaburzenia psychiczne (na przykład: padaczkę, depresję), zakaźną (na przykład: AIDS) lub układu mięśniowo-kostnego (na przykład: zapalenie stawów, dyskopatię). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Choroba? Przebieg? Rok wystąpienia/zakończenia leczenia? |
| 2. | Czy w ciągu ostatnich 5 lat: był(a) Pan(i) hospitalizowany(a), miał(a) Pan(i) wykonywany(a) zabieg chirurgiczny, przebywał Pan(i) na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 3 tygodnie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kiedy? Powód hospitalizacji/leczenia/zwolnienia? |
| 3. | Czy obecnie oczekuje Pan(i) na wykonanie badań specjalistycznych lub zamierza się poddać leczeniu szpitalnemu / operacyjnemu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rodzaj badania/leczenia? Z jakiego powodu? |
| 4. | Czy obecnie przyjmuje Pan(i) jakieś leki? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jakie? Z jakiego powodu? Dawki? |
| 5. | Czy kiedykolwiek starał(a) się Pan(i) o uzyskanie lub została przyznana renta inwalidzka bądź kategoria niezdolności do pracy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grupa/kategoria? Powód? Kiedy? |
| 6. | Czy pali Pan(i) powyżej 20 papierosów dziennie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ilość papierosów? |
| 7. | Czy spożywa Pan(i) więcej niż 4 jednostki alkoholu dziennie (1 j. - 0,3 l piwa, 125 mln wina lub 1 kieliszek wódki)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ilość alkoholu? |
| 8. | Czy przyjmuje Pan(i) lub przyjmował(a) narkotyki? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rodzaj narkotyków? Kiedy? |

Prosimy o załączenie do niniejszego kwestionariusza kopii kart z leczenia, wyników badań które odbiegały od normy.

IV. OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym kwestionariuszu (stanowiącym integralną część deklaracji zgody na objęcie umową grupowego ubezpieczenia na życie) są kompletne i prawdziwe oraz, że zostały przekazane Sopotkiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

Wyrażam zgodę, aby w oparciu o oświadczenia znajdujące się w niniejszym kwestionariuszu objęto mnie umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą pomiędzy Ubezpieczającym a Sopotkim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.

V. PODPIS UBEZPIECZONEGO

| | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------|
| Miejscowość | Data (DD:MM:RRRR) | Podpis Ubezpieczonego |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |