



KWESTIONARIUSZ DLA OSÓB PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

DANE UBEZPIECZONEGO

| | | |
|------------------|-------|---------------------------------|
| Imię i nazwisko | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| Data urodzenia | Zawód | |
| _____ | _____ | |
| Wzrost | Waga | Zmiana wagi (wzrost lub spadek) |
| _____ | _____ | _____ |
| Nazwa pracodawcy | | |
| _____ | | |

| | NIE | TAK | W przypadku pozytywnej odpowiedzi, prosimy o udzielenie szczegółowych informacji |
|---|-----|-----|---|
| 1. Czy obecny stan Pana(i) zdrowia odbiega od normy? Czy jest Pan(i) obecnie leczona z powodu jakiegoś schorzenia? | | | Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Stosowane leczenie? |
| 2. Czy w okresie ostatnich 5 lat wykonywał(a) Pan(Pani) badania, których wyniki odbiegały od normy lub też był(a) Pan(i) leczona szpitalnie? | | | Rodzaj badań? Rozpoznane schorzenie? Przyczyna pobytu w szpitalu? Kiedy? |
| 3. Czy kiedykolwiek chorował(a) Pan(i) lub choruje na schorzenia wymienione poniżej? | | | |
| a) padaczkę, nagłe utraty przytomności, zawroty głowy, napady depresji, stany pobudzenia oraz inne schorzenia układu nerwowego lub zaburzenia psychiczne? | | | Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Rok zakończenia leczenia? Stosowane leczenie? |
| b) astmę oskrzelową, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlicę płuc, zapalenie płuc lub inne schorzenia układu oddechowego? | | | Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Rok zakończenia leczenia? Stosowane leczenie? |
| c) zawał serca, chorobę wieńcową, dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, udar mózgu, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, zylaki kończyn dolnych oraz inne choroby serca i układu krążenia? | | | Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Rok zakończenia leczenia? Stosowane leczenie? |
| d) niestrawność, chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy, nawracające biegunki, zapalenie wątrobry, zapalenie pęcherzyka żółciowego oraz inne schorzenia układu trawiennego? | | | Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Rok zakończenia leczenia? Stosowane leczenie? |
| e) choroby zwyrodnieniowe, stany zapalne stawów i kręgosłupa oraz inne schorzenia układu mięśniowo-kostnego? | | | Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Rok zakończenia leczenia? Stosowane leczenie? |
| f) cukrzycę, dnę moczanową, choroby gruczołu tarczowego lub schorzenia układu moczowo-płciowego? | | | Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Rok zakończenia leczenia? Stosowane leczenie? |
| g) raka, choroby nowotworowe oraz choroby krwi? | | | Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Rok zakończenia leczenia? Stosowane leczenie? |

| | | | |
|-----|--|--|---|
| | h) nawracającą gorączkę o nie ustalonej etiologii, niewyjaśnioną utratę wagi, osłabienia, trudności w oddychaniu i chodzeniu? | | Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Rok zakończenia leczenia? Stosowane leczenie? |
| | i) choroby zakaźne, w tym choroby przenoszone drogą płciową, chorobę AIDS i pochodne oraz inne? | | Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Rok zakończenia leczenia? Stosowane leczenie? |
| | j) choroby uszu, oczu oraz zaburzenia słuchu i wzroku? | | Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Rok zakończenia leczenia? Stosowane leczenie? |
| | k) inne choroby i schorzenia, które nie zostały wymienione powyżej? | | Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Rok zakończenia leczenia? Stosowane leczenie? |
| 4. | Czy obecnie przyjmuje Pan/i leki? | | Rodzaj? Dawki? Z powodu jakiego schorzenia? |
| 5. | Czy ktoś z Pana/i najbliższej rodziny zmarł lub chorował na cukrzycę, chorobę nowotworową, choroby serca i układu krążenia, gruźlicę, zaburzenia psychiczne lub inne schorzenia uznawane za dziedziczne? | | Stopień pokrewieństwa? Choroba i jej przebieg? Wiek w chwili śmierci? |
| 6. | Czy pali Pan/i lub pali/a w okresie ostatnich 12 miesięcy tytoń? | | Dzienna ilość wypalanego tytoniu? |
| 7. | Czy pije Pan(i) alkohol? | | Rodzaj alkoholu? Tygodniowe spożycie? |
| 8. | Czy kiedykolwiek Pana/i wniosek o ubezpieczenie na życie został odroczone, odrzucony lub zaproponowano Panu(i) zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach? | | Nazwa towarzystwa? Powód? |
| 9. | Czy kiedykolwiek starał/a się Pan/i o uzyskanie lub została przyznana renta inwalidzka bądź kategoria niezdolności do pracy? | | Przyczyna starania się lub otrzymania? Grupa? Kiedy? |
| 10. | Czy był Pan zwolniony lub służba wojskowa została odroczone ze względów zdrowotnych? | | Przyczyna? Kiedy? |

| | |
|---|--|
| Prosimy o podanie danych osobowych oraz adresu lekarza, z usług którego Pan/i korzysta? | |
|---|--|

Prosimy o załączenie do niniejszego kwestionariusza kopii kart z leczenia szpitalnego, wyników badań wykonywanych w przeszłości, które odbiegały od normy oraz kopii książeczki wojskowej jeśli Ubezpieczony był zwolniony lub służba wojskowa została odroczone ze względów medycznych.

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym kwestionariuszu są prawdziwe oraz, że zostały przekazane Sopockiemu 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, stanowiącym część wniosku o ubezpieczenie na życie zawarta została i była wykonywana umowa ubezpieczenia na życie pomiędzy ubezpieczającym a Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA.

| | | |
|-----------------|--------|---|
| Nazwisko i imię | Podpis | Miejscowość i data dnia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|-----------------|--------|---|