

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy

Nr wniosku/Nr polisy

Dane osoby składającej kwestionariusz

Imię i Nazwisko

Data urodzenia PESEL/nr Paszportu
(w przypadku obcokrajowców)

Zawód wykonywany

Tel. komórkowy E-mail

Składka ochronna

Podgrupa nr Wysokość składki w kwocie/w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto

Pytania dotyczące stanu zdrowia

Wzrost cm Waga kg

W związku ze złożoną Deklaracją przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie prosimy o udzielenie odpowiedzi **na wszystkie poniższe pytania**, dotyczące stanu zdrowia. Jeżeli odpowiedź na którekolwiek z pytań jest twierdząca, prosimy o podanie poniżej (w polu Uwagi) dodatkowych informacji, dotyczących: wyników wykonanych badań, rodzaju schorzenia, czasu trwania choroby, okresu i sposobu leczenia, stopnia powrotu do zdrowia.

W okienku obok właściwej odpowiedzi należy postawić znak X.

1. Czy w ciągu ostatnich 5 lat chorował Pan/chorowała Pani na następujące choroby?

choroba nowotworowa, choroba wieńcowa, zawał serca, wada serca, udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA), nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, astma oskrzelowa lub inna przewlekła choroba układu oddechowego, przewlekła choroba wątroby, trzustki lub nerek, zaburzenia psychiczne, choroba alkoholowa, zakażenie wirusem HIV:

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeżeli chorował Pan/chorowała Pani na którąkolwiek z powyższych chorób, prosimy o podanie dodatkowych informacji dotyczących:

1) rodzaju schorzenia

2) czasu trwania choroby

3) sposobu leczenia

4) stopnia powrotu do zdrowia

2. Czy w ciągu ostatnich 5 lat był Pan leczony/ była Pani leczona w szpitalu (z wyjątkiem usunięcia wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, migdałków, hemoroidów, łagodnych torbieli, przeprowadzenia artroskopii, operacji przepukliny, przegrody nosa, zaćmy, leczenia złamania kości, usunięcia zęba, porodu) lub czy jest planowane takie leczenie?

Jeżeli odpowiedź jest twierdząca, prosimy o podanie dodatkowych informacji, o przyczynie i przebiegu leczenia, ewentualnie udostępnienie kopii karty wypisowej:

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Czy w ciągu ostatniego roku odczuwał Pan/ odczuwała Pani którekolwiek z poniższych dolegliwości: bóle w klatce piersiowej, omdlenia, krwiotłucie, obecność krwi w stolcu, duszność, wyczuwalny guzek lub powiększenie jednego sutka, gorączkę, której przyczyny nie wyjaśniono, postępującą utratę masy ciała?

Jakie? Kiedy? Wykonane badania diagnostyczne?

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Czy w ciągu ostatnich 5 lat wykonywano u Pana/ wykonywano u Pani jakiegokolwiek inwazyjne badania diagnostyczne (np. biopsja, angiografia, koronarografia, bronchoskopia, endoskopia przewodu pokarmowego lub dróg moczowych) lub zalecano Panu/ zalecano Pani wykonanie tego rodzaju badań diagnostycznych?

Kiedy? Jakie? Szczegóły?

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Czy w ciągu ostatnich 5 lat wykonywał Pan/ wykonywała Pani badania, których wyniki odbiegały od normy?

Kiedy? Jakie? Szczegóły?

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Uwagi:

Oświadczenia końcowe

- Oświadczam, że wypełniając niniejszy kwestionariusz w sposób pełny i zgodny z prawdą wykorzystałem(am) posiadaną przeze mnie wiedzę dotyczącą stanu mojego zdrowia.
- Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z postanowieniem art. 834 kodeksu cywilnego, w okresie pierwszych trzech lat mojej przynależności do ubezpieczenia, Generali Życie T.U. S.A. (zwane dalej Towarzystwem) może być zwolnione z obowiązku wypłaty świadczeń określonych warunkami umowy w przypadku podania informacji niepełnych, nieprawdziwych lub zatajenia choroby.
Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych przez osoby do tego upoważnione przez Towarzystwo oraz na zasięganie przez Towarzystwo informacji dotyczących mojego stanu zdrowia zarówno we wszystkich placówkach służby zdrowia, z których usług korzystałem(am) i będę korzystał(a), jak i wszystkich lekarzy, przez których byłem(am) leczony(a) lub z konsultacji, których korzystałem(am), będę korzystał(a).
- Przyjmuję do wiadomości, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu mogą stanowić podstawę do obniżenia sumy ubezpieczenia lub podwyższenia kosztu ryzyka ubezpieczeniowego.
Oświadczam, że dane osobowe łącznie z danymi o stanie zdrowia zawarte w kwestionariuszu są podane przeze mnie dobrowolnie i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

Data wypełniania kwestionariusza

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Podpis osoby wypełniającej kwestionariusz

Wypełnia Towarzystwo

Decyzja osoby upoważnionej do oceny ryzyka medycznego lub lekarza – Konsultanta Towarzystwa:

- Standardowe ryzyko medyczne
- Ryzyko medyczne podwyższone z możliwością standardowego ubezpieczenia osoby składającej kwestionariusz
- Ryzyko medyczne znacznie podwyższone, nie pozwalające na standardowe ubezpieczenie osoby składającej kwestionariusz
- Inne

Zastosowany loading:

Data przekazania kwestionariusza

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Podpis

Odebrał