

# KWESTIONARIUSZ

## DLA OSÓB PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Zawód: \_\_\_\_\_

Wzrost: \_\_\_\_\_ Waga: \_\_\_\_\_ Zmiana wagi (wzrost lub spadek): \_\_\_\_\_

Nazwa pracodawcy: P04697 Śląsko-Małopolskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych

	NIE	TAK	W przypadku pozytywnej odpowiedzi, prosimy o udzielenie szczegółowych informacji
1. Czy obecny stan Pana(i) zdrowia odbiega od normy?			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 przebywał(a) Pan(i) na leczeniu szpitalnym?			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 wątroby, 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) <i>raka, choroby nowotworowe oraz choroby krwi?</i>			<i>Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Rok zakończenia leczenia? Stosowane leczenie?</i>
h) <i>nawracającą gorączkę o nie ustalonej etiologii, niewyjaśnioną utratę wagi, osłabienia, trudności w oddychaniu i chodzeniu?</i>			<i>Rodzaj schorzenia? Rok wystąpienia? Rok zakończenia leczenia? Stosowane leczenie?</i>

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?
<b>4. Czy obecnie przyjmuje Pan(i) leki?</b>			Rodzaj? Dawki? Z powodu jakiego schorzenia?
<b>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?</b>			Stopień pokrewieństwa? Choroba i jej przebieg? Wiek w chwili śmierci?
<b>6. Czy pali Pan(i) lub palił(a) w okresie ostatnich 12 miesięcy tytoń?</b>			Dzienna ilość wypalanego tytoniu?
<b>7. Czy pije Pan(i) alkohol?</b>			Rodzaj alkoholu? Tygodniowe spożycie?
<b>8. Czy kiedykolwiek Pana(i) wniosek o ubezpieczenie na życie został odroczone, odrzucony lub zaproponowano Panu(i) zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach?</b>			Nazwa towarzystwa? Powód?
<b>9. Czy kiedykolwiek starał(a) się Pan(i) o uzyskanie lub została przyznana renta inwalidzka?</b>			Przyczyna starania się lub otrzymania? Grupa? Kiedy?
<b>10. Czy jest Pani w ciąży?</b>			Tydzień? Czy występują jakieś powikłania ciąży?
<b>11. Czy był Pan zwolniony lub służba wojskowa została odroczone ze względów zdrowotnych?</b>			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 S. A. 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 S.A.

<i>Nazwisko i imię</i>	<i>Podpis</i>	<i>Miejscowość i data</i>
------------------------	---------------	---------------------------