



## KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Kieruję do Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie ul. Hestii 1, 81-731 Sopot

### CZĘŚĆ PIERWSZA | DANE /LEASINGOBIORCY/POŻYCZKOBIORCY

Imię i nazwisko	_____
Numer PESEL	_____

### CZĘŚĆ DRUGA | DANE DOTYCZĄCE /LEASINGU/POŻYCZKI

Wnioskowana Kwota Leasingu/ Pożyczki (w PLN)	_____	Wnioskowana liczba miesięcy trwania Umowy Leasingowej/ Pożyczki	_____
Szacunkowa wartość wysokości Czynszu Leasingowego/miesięczna Raty Pożyczki	_____	Liczba Leasingobiorców/ Pożyczkobiorców	_____

### CZĘŚĆ TRZECIA | INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UBEZPIECZONEGO

Wzrost (cm)	_____	Waga (kg)	_____
Zmiana wagi (+/-) w ostatnich 12 miesiącach (kg)	_____		

Lp.	Pytanie	Tak	Nie	W przypadku odpowiedzi „Tak” prosimy o podanie szczegółów
1.	Czy w okresie ostatnich 10 lat chorował/a Pan/i lub obecnie choruje na?			Nazwa choroby? Występujące objawy? Data diagnozy? Następstwa/powikłania choroby? Stosowane leczenie?
	a) choroby serca lub układu krążenia (na przykład: chorobę wieńcową, zawał serca, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) choroby metaboliczne, endokrynologiczne lub choroby uznawane za dziedziczne (na przykład: cukrzycę, hipercholesterolemię, zapalenie tarczycy, hemofilię)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) raka lub inną chorobę nowotworową (na przykład: białaczkę, czerniaka), powiększenie węzłów chłonnych lub chorobę krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Czy w okresie ostatnich 5 lat?			Kiedy? Powód zwolnienia lekarskiego/leczenia szpitalnego/zabiegu operacyjnego?
	a) przebywał/a Pan/i na zwolnieniu lekarskim przez okres dłuższy niż 3 tygodnie (z wyłączeniem złamań, usunięcia wyrostka robaczkowego lub wycięcia migdałków)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) był/a Pan/i hospitalizowany/a lub był wykonywany był zabieg operacyjny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Czy obecnie?			Nazwa leku? Częstość przyjmowania i dawki? Nazwa choroby? Rodzaj planowanych badań? Powód leczenia/wizyty lekarskiej?
	a) przyjmuje Pan/i regularnie leki lub przebywa pod stałą opieką lekarską w związku z jakąś chorobą przewlekłą: a) chorobą układu oddechowego, chorobą wątroby, chorobą nerek, chorobą układu pokarmowego, chorobą krwi, chorobą mięśni, stawów lub kości, chorobą zakaźną, w tym zakażeniem wirusem HIV /chorobą AIDS, chorobą układu nerwowego lub zaburzeniem psychicznym)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) jest Pan/i w trakcie wykonywania badań diagnostycznych, zamierza poddać się leczeniu (w tym leczeniu szpitalnemu lub sanatoryjnemu) lub planuje wizytę lekarską?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Czy jest Pan/i lub był/a częściowo lub całkowicie niezdolny/a do pracy (trwale lub okresowo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Powód uzyskania renty/kategorii niezdolności? Grupa/stopień niezdolności? Kiedy?
5.	Czy uprawia Pan/i sport lub wykonuje zajęcia o wysokim stopniu ryzyka (na przykład: nurkowanie, wspinaczka wysokogórska, speleologia, sporty motorowe, pilotowanie maszyn powietrznych, spadochroniarstwo, żeglarstwo morskie, skoki na linie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodzaj zajęć? Jak często? Jakie uprawnienia Pan(i) posiada? Od kiedy?

**CZĘŚĆ CZWARTA | OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO**

Ja niżej podpisany oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym dokumencie są prawdziwe i kompletne oraz że zostały przekazane Sopotkiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, w dobrej wierze. Wyrażam zgodę na to aby w oparciu o informacje oraz oświadczenie znajdujące się w niniejszym dokumencie, zawarta/e została/y oraz była/y wykonywana/e umowa/y ubezpieczenia.

Przyjmuję do wiadomości, że na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014. 1182 j.t.) Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1 (dalej również: „Ubezpieczyciel”), jest administratorem moich danych osobowych, które będą przez Ubezpieczyciela przetwarzane w celu wywiązania się z ww. Umowy Ubezpieczenia.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany, że służy mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Ubezpieczyciela albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane - wymaga uzyskania mojej uprzedniej zgody.

<b>Miejscowość, data</b> (DD:MM:RRRR)   <div style="border-top: 1px dashed black; width: 100%;"></div>	<b>Podpis Ubezpiezonego</b>   
---	---

**CZĘŚĆ PIĄTA | OŚWIADCZENIE IDEA LEASING**

Dane kontaktowe Osoby będącej przedstawicielem Idea Leasing

<b>Imię i nazwisko</b> <div style="border-top: 1px dashed black; width: 100%;"></div>	
<b>Telefon</b> <div style="border-top: 1px dashed black; width: 100%;"></div>	<b>E-mail</b> <div style="border-top: 1px dashed black; width: 100%;"></div>
<b>Decyzję Ubezpieczyciela proszę przekazać na e-mail</b> <div style="border-top: 1px dashed black; width: 100%;"></div>	
<b>Miejscowość, data</b> (DD:MM:RRRR)   <div style="border-top: 1px dashed black; width: 100%;"></div>	<b>Podpis Osoby będącej przedstawicielem Idea Leasing</b>   

**CZĘŚĆ SZÓSTA | DECYZJA UBEZPIECZYCIELA**

Decyzja Ubezpieczyciela

<div style="border-top: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>	
<b>Miejscowość, data</b> (DD:MM:RRRR)   <div style="border-top: 1px dashed black; width: 100%;"></div>	<b>Podpis Ubezpiezonego</b>   