



## 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 zabieg operacyjny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Czy obecnie przyjmuje Pan/i regularnie leki lub przebywa pod stałą opieką lekarską w związku z jakąś chorobą przewlekłą?			Nazwa leku? Częstość przyjmowania i dawki? Nazwa choroby? Rodzaj planowanych badań? Powód leczenia/wizyty lekarskiej?
	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	<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 (np. 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?

