



Szablon standardowej ankiety oceny ryzyka stosowanej przy zawarciu umowy ubezpieczenia ERGO 4*

* zakres pytań w Ankiecie może różnić się w zależności od wybranego zakresu ochrony oraz wysokości sum ubezpieczenia; w przypadku wyboru Ubezpieczenia Życia Wariant I, Uszkodzenie Ciała Wariant I i Zdrowie Dziecka Wariant I Ankieta nie jest stosowana

Ankieta ogólna

Informacje o Ubezpieczonym

Wzrost: [cm] Waga: [kg]

1 Czy w okresie ostatnich 10 lat zdiagnozowano u Pana/i, znajdował/a się Pan/i w szpitalu, klinice lub pod kontrolą lekarza specjalisty w celu leczenia, monitorowania:

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	choroby serca /układu krążenia lub choroby metabolicznej: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, zaburzeń rytmu serca, wady zastawki serca, niewydolności serca, powiększenia serca, kardiomiopatii, udaru mózgu (w tym przemijającego ataku niedokrwinnego), tętniaka, malformacji naczyniowej, nadciśnienia tętniczego, choroby naczyń lub cukrzycy	choroba niedokrwienności serca zawał serca zaburzenia rytmu serca wada zastawki serca niewydolność serca powiększenie serca kardiomiopatia udar mózgu malformacja naczyniowa tętniak nadciśnienie tętnicze choroba naczyń cukrzyca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	raka, innego nowotworu złośliwego, choroby krwi (niedokrwistości aplastycznej, białaczki, chłoniaka, szpiczaka, zespołu mielodysplastycznego, niedokrwistości sierpowatokrwinkowej lub talasemii) lub choroby dziedzicznego niedoboru odporności	rak inny nowotwór złośliwy choroba krwi choroba dziedzicznego niedoboru odporności	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	choroby autoimmunologicznej (toczenia rumieniowatego układowego lub reumatoidalnego zapalenia stawów z zajęciem narządów wewnętrznych, innej choroby autoimmunologicznej)	toczeń rumieniowaty układowy reumatoidalne zapalenie stawów z zajęciem narządów wewnętrznych inna choroba autoimmunologiczna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	zaburzenia psychicznego (depresji, nerwicy, schizofrenii, choroby afektywnej dwubiegunowej, choroby alkoholowej, uzależnienia od narkotyków, próby samobójczej) lub choroby układu nerwowego (padaczki, porażenia, stwardnienia rozsianego, miastenii, choroby Parkinsona lub choroby Alzheimerera)	depresja nerwica schizofrenia choroba afektywna dwubiegunowa choroba alkoholowa uzależnienie od narkotyków próba samobójcza padaczka porażenie stwardnienie rozsiane miastenia choroba Parkinsona choroba Alzheimerera	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	choroby układu moczopłciowego (wielotorbielatość nerek, przewlekłej niewydolności nerek, choroby leczonej dializami, obustronnej kamicy nerkowej lub przewlekłego zapalenia nerek)	wielotorbielatość nerek przewlekła niewydolność nerek choroba leczona dializami obustronna kamica nerkowa przewlekłe zapalenie nerek	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	choroby układu pokarmowego (przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, zapalenia trzustki, wrzodziejącego zapalenia jelit, choroby Crohna, marskości wątroby, stwardniającego zapalenia dróg żółciowych, przewlekłej niewydolności wątroby lub zwłóknienia wątroby)	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C zapalenie trzustki wrzodziejące zapalenie jelit choroba Crohna marskość wątroby stwardniające zapalenie dróg żółciowych przewlekła niewydolność wątroby zwłóknienie wątroby	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Szczegółowe pytania uzupełniające



2 Czy w okresie ostatnich 10 lat zdiagnozowano u Pana/i, znajdował/a się Pan/i w szpitalu, klinice lub pod kontrolą lekarza specjalisty w celu leczenia, monitorowania:

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | choroby układu oddechowego (astmy oskrzelowej, sarkoidozy płuc lub obturacyjnej choroby płuc) | astma oskrzelowa | <input type="checkbox"/> | Szczegółowe pytania uzupełniające |
| | | | sarkoidoza płuc | <input type="checkbox"/> | |
| | | | obturacyjna choroba płuc | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | choroby genetycznej lub wady wrodzonej | choroba genetyczna | <input type="checkbox"/> | |
| | | | wada wrodzona | <input type="checkbox"/> | |

3 Czy przyjmuje Pan/i leki lub przebywa pod stałą opieką lekarską w związku z jakąś chorobą przewlekłą, orzeczone w stosunku do Pana/i częściową lub całkowitą niezdolność do pracy bądź niezdolność do samodzielnej egzystencji, orzeczone stopień niepełnosprawności lub przebywał/a Pan/i na zwolnieniu lekarskim przez okres co najmniej 30 dni (w okresie ostatnich 10 lat)?

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | leki przyjmowane w związku z chorobą przewlekłą | <input type="checkbox"/> | Szczegółowe pytania uzupełniające |
| | | choroba przewlekła będąca powodem przebywania pod stałą opieką lekarską | <input type="checkbox"/> | |
| | | orzeczona całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> | |
| | | orzeczona częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> | |
| | | orzeczona niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> | |
| | | orzeczony stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> | |
| | | zwolnienie lekarskie powyżej 30 dni | <input type="checkbox"/> | |

4 Czy obecnie zamierza Pan/i zasięgać porady lekarskiej, poddać się leczeniu (w tym leczeniu szpitalnemu) lub oczekuje Pan/i na wyniki bądź wykonanie badań diagnostycznych?

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | planowana porada lekarska | <input type="checkbox"/> | Szczegółowe pytania uzupełniające |
| | | planowane badania diagnostyczne | <input type="checkbox"/> | |
| | | planowane leczenie | <input type="checkbox"/> | |

5 Czy w ramach swoich obowiązków służbowych wykonuje Pan/i następujące czynności uznawane za niebezpieczne: pilotowanie maszyn powietrznych, praca pod ziemią, praca na wysokości, praca z bronią palną, praca z materiałami wybuchowymi lub radioaktywnymi, praca na morzu, praca na platformach wydobywczych, wspinaczka wysokogórska, nurkowanie, udział w wyścigach/rajdach samochodowych lub motocyklowych, praca w służbach specjalnych?

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | pilotowanie maszyn powietrznych | <input type="checkbox"/> | Szczegółowe pytania uzupełniające |
| | | praca pod ziemią | <input type="checkbox"/> | |
| | | praca na wysokości | <input type="checkbox"/> | |
| | | praca z bronią palną | <input type="checkbox"/> | |
| | | praca z materiałami wybuchowymi lub radioaktywnymi | <input type="checkbox"/> | |
| | | praca na morzu | <input type="checkbox"/> | |
| | | praca na platformach wydobywczych | <input type="checkbox"/> | |
| | | wspinaczka wysokogórska | <input type="checkbox"/> | |
| | | nurkowanie | <input type="checkbox"/> | |
| | | udział w wyścigach/rajdach samochodowych | <input type="checkbox"/> | |
| | | udział w wyścigach/rajdach motocyklowych | <input type="checkbox"/> | |
| | | praca w służbach specjalnych | <input type="checkbox"/> | |

6 Czy uprawia Pan/i hobby lub sport uznawany za niebezpieczny: nurkowanie, wspinaczka wysokogórska, speleologia, sporty motorowe z udziałem w wyścigach lub rajdach, pilotowanie maszyn powietrznych, spadochroniarstwo, żeglarstwo oceaniczne, sporty walki?

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | nurkowanie | <input type="checkbox"/> | Szczegółowe pytania uzupełniające |
| | | wspinaczka wysokogórska | <input type="checkbox"/> | |
| | | speleologia | <input type="checkbox"/> | |
| | | udział w wyścigach/rajdach samochodowych | <input type="checkbox"/> | |
| | | udział w wyścigach/rajdach motocyklowych | <input type="checkbox"/> | |
| | | pilotowanie maszyn powietrznych | <input type="checkbox"/> | |
| | | spadochroniarstwo | <input type="checkbox"/> | |
| | | żeglarstwo oceaniczne | <input type="checkbox"/> | |
| | | sporty walki | <input type="checkbox"/> | |

7 Czy planuje Pan/i wyjazd (inny niż wyjazd turystyczny na okres do 1 miesiąca) w obszary uznawane za niebezpieczne (obszary objęte działaniami wojennymi, pustynie, dżungle, góry, obszary poza kręgiem polarnym)?

- Tak Nie

Szczegółowe pytania uzupełniające

8 Czy Pan/i wniosek o ubezpieczenie na życie, wniosek o ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy lub wniosek o ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania, złożony w Sopockim Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA lub w innym zakładzie ubezpieczeń, został odrzucony, odroczone lub zmieniono Panu/i warunki ubezpieczenia?

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | wniosek odrzucony | <input type="checkbox"/> | Szczegółowe pytania uzupełniające |
| | | wniosek odroczone | <input type="checkbox"/> | |
| | | zmiana warunków ubezpieczenia | <input type="checkbox"/> | |



9 Czy w okresie ostatnich 5 lat zdiagnozowano u Pana/i, znajdował/a się Pan/i w szpitalu, klinice lub pod kontrolą lekarza specjalisty w celu leczenia, monitorowania:

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | choroby słuchu lub wzroku (głuchota, jaskry, istotnej krótkowzroczności lub ślepoty) | głuchota | <input type="checkbox"/> | Szczegółowe pytania uzupełniające |
| | | | jaska | <input type="checkbox"/> | |
| | | | istotna krótkowzroczność | <input type="checkbox"/> | |
| | | | ślepotą | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | choroby mięśni, kości (z wyjątkiem złamań), więzadeł lub stawów (zapalenia kości, zapalenia stawów, dyskopatii lub następstw nieszczęśliwych wypadków) | zapalenie kości | <input type="checkbox"/> | |
| | | | zapalenie stawów | <input type="checkbox"/> | |
| | | | dyskopatia | <input type="checkbox"/> | |
| | | | następstwo nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> | |

10 Czy regularnie spożywa Pan/i więcej niż 6 jednostek alkoholu dziennie (1 jednostka to np. 0,3 l piwa, 125 ml wina lub 1 kieliszek wódki)? Tak Nie Liczba jednostek

11 Czy pali Pan/i tytoń (papierosy, w tym elektroniczne, cygara lub fajkę)?

- Tak Nie rodzaj wypalanego tytoniu
- liczba [dziennie]

12 Czy przyjmował/a lub obecnie przyjmuje Pan/i narkotyki bez zalecenia lekarza?

- Tak Nie kiedy? od / do
- rodzaj narkotyku
- dawki

Dane lekarza (podanie poniższych informacji nie jest obowiązkowe)

Prosimy o podanie danych lekarza/y, z usług których Pan/i korzysta

Od kiedy korzysta Pan/i z usług tego lekarza [rok]?

Prosimy o podanie danych placówki medycznej

Od kiedy korzysta Pan z usług tej placówki medycznej [rok]?

Komentarz (pole nieobowiązkowe; przekazane w tym miejscu informacje znajdują się w treści polisy)



* przy zawieraniu umowy ubezpieczenia wyłącznie w zakresie ubezpieczenia Global Doctors ankieta medyczna ograniczona jest do pytań zawartych w poniższej sekcji

Informacje o Ubezpieczonym

1

Czy ubezpieczenie Global Doctors stanowi kontynuację ubezpieczenia Best Doctors lub Global Doctors, w ramach zawartej uprzednio umowy ubezpieczenia z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA i jednocześnie:

- 1) w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniem Global Doctors nie upłynęło 30 dni od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach wcześniejszej umowy z ubezpieczeniem Best Doctors lub Global Doctors, i
- 2) nie będzie miała miejsca zmiana zakresu ubezpieczenia z Wariantu podstawowego we wcześniejszej umowie z ubezpieczeniem Best Doctors lub Global Doctors na Wariant rozszerzony we wnioskowanej umowie ubezpieczenia? (Uwaga! Wszystkie powyższe warunki muszą być spełnione łącznie!). Jednocześnie wyrażam zgodę, aby informacje dotyczące mojej osoby w tym mojego stanu zdrowia podane przeze mnie Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA przy zawieraniu wcześniejszej umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniem Best Doctors/Global Doctors w Kwestionariuszach oceny ryzyka/w Deklaracji zgody w części „Informacje o stanie zdrowia” mogły być wykorzystane przez STUnŻ ERGO Hestię SA w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia w zakresie obecnie wnioskowanej przeze mnie/zawieranej na mój rachunek umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniem Global Doctors.

 Tak Nie

2

Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u Pana/Pani lub prowadzono leczenie w związku z następującymi chorobami:

- Tak Nie
- nowotworem złośliwym, białaczką, chorobą Hodgkina, chłoniakiem, mięsakiem lub czerniakiem
- jakąkolwiek ze zmian: zmianą przedrakową, guzem o granicznej złośliwości, dysplazją dużego stopnia, poziomem markeru nowotworowego we krwi (PSA) równym 4.0 ng/ml lub wyższym, nieprawidłowością w wymazie z szyjki macicy pod postacią zmiany śródplaskonabłonkowej (HSIL) dużego stopnia (CIN3 +; dużego stopnia dysplazja), nieprawidłowym obrazem mammografii (kategoria BI-RADS 3 lub wyższa), nadczynnością tarczycy, obecnością polipów w jelicie grubym, jelicie cienkim i/lub żołądka, znamieniem, które krwawi, stało się bolesne, zmieniło kolor lub powiększyło swój rozmiar; z wyłączeniem sytuacji w których leczenie zostało w pełni zakończone i nie wymaga dalszego postępowania medycznego
- chorobą krwi lub dziedzicznym niedoborem odporności wymagającym leczenia przez okres dłuższy niż jeden miesiąc, wymagającym regularnego lub ciągłego leczenia innego niż tylko specjalna dieta (niedokrwistością aplastyczną, chłoniakiem, białaczką, szpiczakiem, zespołem mielodysplastycznym, niedokrwistością sierpowatokrwinkową, talasemią)
- guzem, guzkiem, torbielą w mózgu lub w strukturach otokomózgowych
- zmianami naczyniowymi lub zaburzeniami krążenia (udarem mózgu, przemijającym atakiem niedokrwinnym "TIA", krwotokiem mózgowym, zwężeniem tętnic szyjnych), zaburzeniami w obrębie naczyń krwionośnych mózgowia (malformacją naczyniową, tętniakiem, zakrzepem lub zatorem) w mózgu lub w strukturach otokomózgowych
- postacią choroby serca (zawałem serca, chorobą niedokrwinną serca, zaburzeniami rytmu serca, z wyjątkiem sytuacji nie wymagających postępowania medycznego, wadami zastawek serca, szmerami serca lub gorączką reumatyczną, niewydolnością serca, powiększeniem serca lub kardiomiopatią); może Pan/Pani odpowiedzieć NIE, jeśli był/a / jest Pan/Pani leczony/a wyłącznie z powodu wysokiego ciśnienia krwi lub wysokiego poziomu cholesterolu
- cukrzycę; w przypadku, gdy osobą ubezpieczaną jest kobieta, może zostać udzielona odpowiedź NIE, jeśli była/jest Pani leczona tylko na cukrzycę ciążową
- przewlekłą niewydolnością nerek, chorobą leczoną dializami, marskością wątroby lub przewlekłą niewydolnością wątroby lub zwłóknieniem wątroby

3

Czy u któregośkolwiek z Pana/Pani naturalnych rodziców lub rodzeństwa przed ich 50-yimi urodzinami, zdiagnozowano chorobę układu sercowo-naczyniowego (zawał serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe lub udar mózgu), wielotorbielowość nerek lub nowotwór złośliwy jelit, piersi, okrężnicy, jajnika, prostaty, trzustki lub nerek bądź czerniaka? Tak Nie

4

Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani utrzymujące się lub nawracające objawy, które nie zostały jeszcze zdiagnozowane/zgłoszone lekarzowi: guzek w piersi lub w jędrach, krwawienie z odbytu, krew w moczu, nietypowy kaszel, zółtaczkę, niewyjaśnioną utratę wagi, bóle głowy z rosnącą częstotliwością, zaburzenia widzenia (zamglenie/podwójne widzenie, niewyjaśniona utrata wzroku), niewyjaśnione ubytki słuchu, trudności z mową, osłabienie kończyn, napady padaczkowe, napady drgawkowe lub omdlenia lub nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych krwi (morfologii krwi, kreatyniny, enzymów wątrobowych, markerów nowotworowych lub poziomu wapnia)? Tak Nie

5

Czy jest Pan/Pani w trakcie planowania lub czy umówił/a się na wizytę lekarską (ambulatoryjną lub w szpitalu), której celem jest omówienie, badanie, lub konsultacja w związku z objawami wymienionymi w powyższym pytaniu lub czy obecnie oczekuje Pan/Pani na wyniki jakichkolwiek badań, procedur medycznych lub analiz dotyczących tych nieprawidłowości? Tak Nie

6

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy była Pani umówiona na badanie rezonansem magnetycznym piersi (MRI; w przypadku gdy osobą ubezpieczaną jest mężczyzna, prosimy o udzielenie odpowiedzi „NIE”)? Tak Nie

7

Czy przeszczepiono lub zalecono Panu /Pani przeszczep narządu lub czy obecnie znajduje się Pan/Pani na liście osób oczekujących na przeszczep narządu? Tak Nie



Ankieta finansowa (stosuje się jeśli suma ubezpieczenia na którymś z ryzyk przekracza 1.000.000 zł)

Informacje o Ubezpieczonym – finanse

1	Forma zatrudnienia	
	działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/>
	umowa na czas nieokreślony	<input type="checkbox"/>
	umowa na czas określony	<input type="checkbox"/>
	umowa na czas próbny	<input type="checkbox"/>
	umowa na czas wykonywania określonej pracy	<input type="checkbox"/>
	umowa na zastępstwo	<input type="checkbox"/>
	umowa o dzieło	<input type="checkbox"/>
	umowa zlecenie	<input type="checkbox"/>
	umowa agencyjna	<input type="checkbox"/>
	kontrakty menedżerskie	<input type="checkbox"/>
2	Powód ubezpieczenia	
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie zabezpieczenie siebie i najbliższych	<input type="checkbox"/>
	kwestie podatkowe związane ze spadkiem	<input type="checkbox"/>
	zabezpieczenie prywatnego kredytu/pożyczki	<input type="checkbox"/>
	inny	<input type="checkbox"/> Szczegółowe pytania uzupełniające
3	Czy jakkolwiek wniosek o ubezpieczenie na życie lub wniosek o ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy jest obecnie złożony w innych zakładach ubezpieczeń?	
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Tabela	Szczegółowe pytania uzupełniające
4	Czy zawarł/a Pan/i jakiekolwiek umowy ubezpieczenia na życie lub na wypadek niezdolności do pracy, które nadal pozostają w mocy?	
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Tabela	Szczegółowe pytania uzupełniające
5	Roczne dochody netto [zł]	Tabela Szczegółowe pytania uzupełniające
6	Roczne dochody netto z innych źródeł – podaj szczegóły	Szczegółowe pytania uzupełniające
7	Czy jest Pan/i odpowiedzialny/a majątkowo za inne osoby?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Jeśli suma ubezpieczenia co najmniej jednego z ryzyk przekracza 2 mln zł, prosimy o załączenie kopii PIT za ostatni rok podatkowy.