



KWESTIONARIUSZ DLA OSÓB PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

I. UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko	
<input type="text"/>	
Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Zawód
<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa pracodawcy	Numer polisy
<input type="text"/>	<input type="text"/>

III. INFORMACJE NA TEMAT STANU ZDROWIA UBEZPIECZONEGO

Wzrost (cm)	Waga (kg)	Zmiana wagi w okresie roku +/- (kg)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lp.	Pytanie	Nie	Tak	Szczegóły
1.	Czy choruje Pan(i) obecnie lub chorował/chorowała w ciągu ostatnich 10 lat na:			
1.1	Jakiegokolwiek choroby serca lub układu krążenia (na przykład: podwyższone ciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, zawał serca, dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, szmery serca, zmiany w EKG, udar mózgu itp.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choroba? Przebieg? Rok wystąpienia/zakończenia leczenia?
1.2	Zaburzenia przemiany materii (na przykład cukrzycę, hiperlipidemię/choroby tarczycy, itp.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choroba? Przebieg? Rok wystąpienia/zakończenia leczenia?
1.3	Raka, jakiegokolwiek choroby nowotworowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choroba? Przebieg? Rok wystąpienia/zakończenia leczenia?
1.4	Inną chorobę przewlekłą, w tym chorobę: układu pokarmowego (np. zapalenie wątroby lub trzustki, przewlekłe zapalenie jelit), układu oddechowego (na przykład: astmę, POCHP, gruźlicę), układu moczopłciowego (na przykład: przewlekłe zapalenie nerek, kamice nerkowa), krwi (na przykład niedokrwistość), układu nerwowego lub zaburzenia psychiczne (na przykład: padaczkę, depresję), zakaźną (na przykład: AIDS) lub układu mięśniowo-kostnego (na przykład: zapalenie stawów, dyskopatię).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choroba? Przebieg? Rok wystąpienia/zakończenia leczenia?
2.	Czy w ciągu ostatnich 5 lat: był(a) Pan(i) hospitalizowany(a), miał(a) Pan(i) wykonywany(a) zabieg chirurgiczny, przebywał Pan(i) na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 3 tygodnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy? Powód hospitalizacji/leczenia/zwolnienia?
3.	Czy obecnie oczekuje Pan(i) na wykonanie badań specjalistycznych lub zamierza się poddać leczeniu szpitalnemu / operacyjnemu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodzaj badania/leczenia? Z jakiego powodu?
4.	Czy obecnie przyjmuje Pan(i) jakieś leki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie? Z jakiego powodu? Dawki?
5.	Czy kiedykolwiek starał(a) się Pan(i) o uzyskanie lub została przyznana renta inwalidzka bądź kategoria niezdolności do pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grupa/kategoria? Powód? Kiedy?
6.	Czy pali Pan(i) powyżej 20 papierosów dziennie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ilość papierosów?
7.	Czy spożywa Pan(i) więcej niż 4 jednostki alkoholu dziennie (1 j. - 0,3 l piwa, 125 mln wina lub 1 kieliszek wódki)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ilość alkoholu?
8.	Czy przyjmuje Pan(i) lub przyjmował(a) narkotyki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodzaj narkotyków? Kiedy?

Prosimy o załączenie do niniejszego kwestionariusza kopii kart z leczenia, wyników badań które odbiegały od normy.

IV. OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym kwestionariuszu (stanowiącym integralną część deklaracji zgody na objęcie umową grupowego ubezpieczenia na życie) są kompletne i prawdziwe oraz, że zostały przekazane Sopotkiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

Wyrażam zgodę, aby w oparciu o oświadczenia znajdujące się w niniejszym kwestionariuszu objęto mnie umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą pomiędzy Ubezpieczającym a Sopotkim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.

V. PODPIS UBEZPIECZONEGO

Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis Ubezpieczonego
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>