

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY do wniosku o zawarcie umowy

Załącznik do oferty ubezpieczenia w związku z czynnościami zmierzającymi do zawarcia umowy ubezpieczenia na życie.

Należy wypełnić w przypadku gdy osoba zawierającą umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie będzie wnioskowała o Sumę Ubezpieczenia powyżej 100 000,00 zł.

Wnioskowana kwota pożyczki/ kredytu: _____ Okres spłaty (ilość miesięcy - na dzień złożenia kwestionariusza): _____

Nr umowy pożyczki/kredytu: _____

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko PESEL

Imię

Wzrost _____ cm Waga _____ kg zmiana wagi w ostatnich 12 mies. _____ kg

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania poprzez wstawienie „X” w rubryce „NIE” lub „TAK”, oraz gdy odpowiedź brzmi „TAK” – podanie szczegółowych informacji:

PYTANIA	NIE	TAK	SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE
1. Papierosy Czy palił/a Pani/Pan w ciągu ostatnich 12 miesięcy papierosy lub inne produkty tytoniowe (w sztukach)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Średnio dziennie: papierosy _____ fajki _____ cygara _____ inne _____
2. Alkohol Ile alkoholu wypija Pani/Pan miesięcznie (w litrach)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	piwo _____ wino _____ mocne alkohole _____
3. Narkotyki Czy kiedykolwiek przyjmował/a Pani/Pan narkotyki bez zalecenia lekarza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Czy choruje lub w ciągu ostatnich 10-ciu lat chorował/a Pan/Pani lub zaobserwował/a istotne dolegliwości ze strony:			
4.1 Układ krążenia: - nadciśnienie tętnicze, miażdżycza, choroba wieńcowa, zawał, bóle zamostkowe, szmery w sercu, zakrzepy, zatory, tętniaki, - czy stwierdzono u Pani/Pana wadę serca, wrodzoną lub nabytą? - czy występowała u Pani/Pana arytmia? - czy stwierdzono u Pani/Pana niewydolność serca, występujące duszności przy umiarkowanych/malych wysiłkach fizycznych? - czy przeżył/a Pani/Pan infekcyjne zapalenie wsierdzia? - czy stwierdzono u Pani/Pana kardiomiopatię?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2 Układ oddechowy: astma, gruźlica, rozedma, nawracające zapalenia płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli, włóknienie płuc, choroby krtani, nowotwory układu oddechowego, mukowiscydoza, sarkoidoza, pylica płuc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3 Układ pokarmowy: choroba wrzodowa, wirusowe zapalenie wątroby, autoimmunologiczne zapalenie wątroby, pęcherzyk żółciowy lub trzustka, marskość wątroby, nawracające zapalenie jelita grubego, nowotwór układu pokarmowego, zespół polipowatości rodzinnej, pierwotnie stwardniające zapalenie dróg żółciowych, hemochromatoza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4 Układ nerwowy: padaczka, zapalenie opon mózgowych, udar, paraliż, niedowład, utrata przytomności, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, depresja, próby samobójcze, anoreksja, nerwice, uzależnienia od leków lub środków odurzających, tętniak tętnicy mózkowej, guz mózgu, udar niedokrwieny, udar krwotoczny, TIA, choroba Alzheimera, stwardnienie zanikowe boczne, rdzeniowy zanik mięśni, zespół Guillaina-Barrego, miastenia, wrodzone choroby mięśni (miopatie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.5 Układ moczowo-płciowy: zapalenie nerek, kamica, torbielowatość, białko lub krew w moczu, choroby prostaty, choroby kobiece, nowotwory nerek, guz jajnika, rak trzonu macicy, rak szyjki macicy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.6 Układ metaboliczny: cukrzyca, choroby tarczycy, zaburzenia hormonalne, dna moczanowa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.7 Układ tkanki łącznej: reumatoidalne zapalenie stawów – RZS, toczeń rumieniowaty układowy – SLE, zespół antyfosfolipidowy, twardzina układowa, mieszana choroba tkanki łącznej, zespoły nakładania, układowe zapalenie naczyń, zespół Sjogrena, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa – ZZSK, reaktywne zapalenie stawów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.8 Krew lub układ krwiotwórczy: hemofilia, powiększone węzły chłonne, choroby krwi, choroby układu białokrwinkowego, białaczka, chłoniaki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Czy stwierdzono u Pani/Pana jakiegokolwiek inne choroby, wady wrodzone lub kalectwa nie wyszczególnione powyżej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PYTANIA	NIE	TAK	SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE
6. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pani/Pana chorobę nowotworową, niezależnie od stadium zaawansowania: rak przedinwazyjny „in situ”, rak inwazyjny, przerzuty, chłoniak, białaczka, czerniak lub innego rodzaju guz, zmiany skórne, które usunięto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, proszę dodatkowo o dostarczenie kopii wyników badania histologicznego oraz zaświadczenia od lekarza o obecnym stanie zdrowia
7. Czy choruje lub chorował/a Pani/Pan na choroby zakaźne: wirusowe zapalenie wątroby, choroby pasożytnicze, przenoszone drogą płciową, AIDS lub zakażenie wirusem HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Czy kiedykolwiek przebywał/a Pani/Pan w szpitalu*, miał/a Pani/Pan wykonywany zabieg operacyjny, bądź jest to Pani/Panu obecnie zalecane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*z wyłączeniem pobytów w szpitalu z powodu porodu
9. Czy w ciągu ostatnich 5-ciu lat przebywał/a Pani/Pan na zwolnieniu lekarskim przez okres dłuższy niż 2 tygodnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Czy w ciągu ostatnich 5-ciu lat wykonywał/a Pani/Pan badania diagnostyczne: RTG, EKG, USG*, mammografia*, przeciwciała anty HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*nie dotyczy ciąży i rutynowych badań diagnostycznych piersi z wynikiem prawidłowym
11. Czy obecnie stan Pani/Pana zdrowia odbiega od normy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Czy w Pani/Pana najbliższej rodzinie występowały choroby układu krążenia, udary, cukrzyca, samobójstwa, nowotwory, torbielowość nerek, polipowatość jelita grubego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jeśli TAK, proszę podać stopień pokrewieństwa i choroby:
13. Czy kiedykolwiek Pani/Pan wniosek o zawarcie ubezpieczenia na życie został odrzucony, odroczone lub przyjęty na specjalnych warunkach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Czy uprawia Pani/Pan hobby lub sport związane z wysokim ryzykiem utraty życia lub zdrowia: sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów gazowych, surfing, windsurfing, kitesurfing, sporty motorowe i motorowodne, sporty spadochronowe, sporty balonowe, paralotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie samolotów silnikowych, skoki bungee, sztuki walki i sporty obronne, sporty związane z użyciem broni, wspinaczka górską i skałkowa, speleologia, myślistwo, rugby, futbol amerykański, jazda konna, kolarstwo, jazda na nartach wodnych, narciarstwo zjazdowe, snowboard, bobsleje, saneczkarstwo, skoki narciarskie i akrobatyczne, narciarstwo ekstremalne, heliskiing, heliboarding, sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m., busz, obszary podbiegunowe, dżungla, tereny lodowcowe lub wiecznej zmarzliny albo udział w ekspedycjach wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Proszę podać imię, nazwisko i adres lekarza, który jest najlepiej poinformowany o Pani/Pana stanie zdrowia lub adres przychodni (spółdzielni) lekarskiej, szpitala, w której znajduje się Pani/Pana dokumentacja medyczna.			
16. Zawód wykonywany	Opis wykonywanej pracy		

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań brzmi „TAK”, proszę podać bliższe szczegóły (data rozpoznania choroby, czas jej trwania, sposób leczenia, przyjmowane leki, stopień powrotu do zdrowia, ewentualne powikłania). Proszę także podać nazwiska prowadzących lekarzy, adresy ośrodków opieki medycznej, oraz dołączyć kopię wyników badań i kopię karty wypisowej ze szpitala.

Oświadczam, że udzielone przeze mnie odpowiedzi są zgodne z prawdą i zostały przeze mnie podane w dobrej wierze, w związku z czynnościami zmierzającymi do zawarcia umowy ubezpieczenia.

W związku z czynnościami zmierzającymi do zawarcia umowy ubezpieczenia na życie - wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez SALTUS TU ŻYCIE SA - informacji o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem badań genetycznych) obejmujących lub dotyczących:

- 1) przyczyn hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań oraz o wyników sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 2) przyczyn leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań;
- 3) wyników przeprowadzonych konsultacji; u każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub leczę albo zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna danych osobowych dotyczących mojego stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonywania umowy ubezpieczenia.

Miejscowość

D D M M R R R R

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Wypełnia przedstawiciel SALTUS TU ŻYCIE SA

Imię i nazwisko

Telefon kontaktowy

Kod OFWCA:

Pieczętka i podpis przedstawiciela SALTUS TU ŻYCIE SA

Informacja w sprawie zasad przetwarzania danych osobowych w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego.	
Administrator danych: podmiot, który odpowiada za przetwarzanie danych osobowych	SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (w dalszej części: SALTUS TU ŻYCIE SA) ul. Władysława IV 22 81-743 Sopot tel. (58) 770 36 90 tel. 801 888 666 e-mail: info@saltus.pl
Inspektor ochrony danych: osoba kontaktowa w sprawach przetwarzania danych osobowych	We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem ochrony danych listownie pod adresem siedziby administratora, drogą telefoniczną lub za pośrednictwem poczty elektronicznej: tel. (58) 770 36 90 e-mail: iod@saltus.pl
Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych	SALTUS TU ŻYCIE SA będzie przetwarzało Pani/Pana dane osobowe: 1. na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w celach: a. oceny ryzyka ubezpieczeniowego, b. przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń; 2. na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego w celu obsługi ewentualnej reklamacji; 3. na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO ¹) oraz w oparciu o art. 9 ust. 2 lit. f RODO w celu ustalenia oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń. Podanie danych osobowych jest niezbędne dla realizacji procesu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Odmowa podania danych uniemożliwi właściwe przeprowadzenie oceny i w konsekwencji zawarcie lub wykonywanie umowy ubezpieczenia.
Odbiorcy danych kategorie podmiotów, którym zakład ubezpieczeń udostępnia dane osobowe	Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym kategoriom odbiorców: 1. na podstawie art. 28 RODO podmiotom wykonującym czynności zlecone przez SALTUS TU ŻYCIE SA, w szczególności w zakresie: a. pośrednictwa ubezpieczeniowego, b. oceny ryzyka ubezpieczeniowego, c. utrzymania elementów infrastruktury teleinformatycznej, w szczególności systemów informatycznych i aplikacji, d. zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia, e. dochodzenia roszczeń zakładu ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej; 2. podmiotom uprawnionym na podstawie art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w tym m.in. innym zakładom ubezpieczeń lub zakładom reasekuracji, z którymi SALTUS TU ŻYCIE SA zawarło umowy koasekuracji lub reasekuracji; 3. innym podmiotom, których uprawnienie do żądania udostępnienia danych osobowych wynika z przepisów obowiązującego prawa.
Informacja dotycząca przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego: czy będziemy przekazywać dane osobowe do państwa spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego?	Dane osobowe mogą zostać przekazane do podmiotu w państwie trzecim w związku z ewentualnym wykorzystaniem przez SALTUS TU ŻYCIE SA lub jego usługodawców usług teleinformatycznych oferowanych przez niektóre podmioty. Przekazanie danych osobowych do podmiotu w państwie trzecim nastąpi wyłącznie w przypadkach, gdy państwo takie lub podmiot zapewnią odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Właściwy stopień ochrony w państwie trzecim musi zostać potwierdzony decyzją Komisji Europejskiej. W przypadku braku takiego potwierdzenia przekazanie danych do podmiotu w państwie trzecim może nastąpić wyłącznie, gdy podmiot taki zapewni odpowiednie zabezpieczenia, co zostanie potwierdzone zapisami umownymi, w szczególności z uwzględnieniem zabezpieczeń wskazanych w art. 46 RODO, w tym zatwierdzonych przez właściwy organ nadzorczy wiążących reguł korporacyjnych lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję Europejską.
Okres przechowywania danych osobowych Jak długo będziemy posiadać Pani/Pana dane osobowe	W sytuacji, w której w związku z procesem oceny ryzyka nie dojdzie do zawarcia umowy ubezpieczenia, dane osobowe będą przechowywane przez okres 60 dni. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe przetwarzane w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego będą przechowywane w ramach dokumentacji ubezpieczeniowej przez okres związany z przedawnieniem roszczeń wynikających z umowy ubezpieczenia, tj. przez okres 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej.
Zautomatyzowane podejmowanie decyzji	Wobec Pani/Pana mogą być podejmowane decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie danych w ramach oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej na podstawie informacji o zakresie ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, okresu karencji, wieku oraz stanu zdrowia osoby objętej ochroną ubezpieczeniową.
Prawa przysługujące osobie, której dane są przetwarzane	W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące prawa: 1. prawo dostępu do swoich danych oraz uzyskania kopii danych, 2. prawo do sprostowania, uzupełnienia swoich danych osobowych, 3. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz, w uzasadnionych przypadkach: 4. prawo do usunięcia danych osobowych, 5. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, 6. prawo do przenoszenia danych osobowych, 7. prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych opartego na prawnie uzasadnionym interesie administratora.

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE