

W celu przeprowadzenia indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego w grupowym ubezpieczeniu na życie „Razem w Przyszłość”, zwracamy się z prośbą o wypełnienie oświadczenia o stanie zdrowia. Uzyskane informacje są poufne i służą jedynie do indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

UBEZPIECZAJĄCY _____ **NUMER POLISY** _____

DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL _____ Data urodzenia D D M M R R R R

Telefon do kontaktu _____ e-mail _____

Zawód _____

Wyrażam zgodę na otrzymanie korespondencji dotyczącej złożonej deklaracji drogą elektroniczną, na podany wyżej adres e-mail lub kontakt telefoniczny TAK NIE

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że:

- obecnie nie oczekuję na zalecone przez lekarza badania diagnostyczne (z wyłączeniem badań pracowniczych wstępnych i okresowych), leczenie szpitalne lub operacyjne (nie dotyczy usunięcia zęba lub porodu);
- w okresie ostatnich 5 lat:
 - nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim powyżej 14 dni (nie dotyczy zwolnienia lekarskiego z powodu: złamania kończyn dolnych lub górnych, skręcenia lub zwichnięcia stawów kończyn dolnych lub górnych, ciąży, zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie), w szpitalu, hospicjum (w tym hospicjum domowym) lub w innej placówce dla przewlekle chorych;
 - nie otrzymałem/am świadczenie rehabilitacyjne (nie dotyczy renty rodzinnej), nie ubiegałem/am się o nie, nie miałem/am orzeczonej renty, niepełnosprawności, niezdolności do pracy ani nie ubiegałem/am się o nie;
 - nie wystąpiły u mnie następujące choroby:
nowotwór złośliwy (rak, w tym rak przedinwazyjny) guz, białaczka, czerniak, choroby serca (zawał serca, choroba niedokrwienna serca, kardiomiopatia, wady zastawek serca), udar mózgu, miażdżyca, stwardnienie rozsiane, padaczka, cukrzyca, przewlekle zapalenie trzustki, marskość wątroby, przewlekle zapalenie jelit, reumatoidalne zapalenie stawów, niewydolność nerek, wielotorbielowatość nerek, zakażenie wirusem HIV, zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B lub typu C, astma oskrzelowa leczona doustnymi lekami sterydowymi, POChP (przewlekle obturacyjna choroba płuc), uzależnienie od alkoholu, używanie narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych.

POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w tym dokumencie są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy/a, że SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ S.A. w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości, mogą odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ S.A. do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, tudzież do innych zakładów ubezpieczeń, z pytaniami i prośbami dotyczącymi okoliczności wymienionych w przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej, w celach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych oraz ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym.
- Upoważniam każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą, który posiada o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ S.A., a także ich reasekuratorom, a w szczególności każdej informacji o moim stanie zdrowia, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie złożonej deklaracji uczestnictwa oraz niniejszego oświadczenia o stanie zdrowia, a także wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.

_____ D D M M R R R R _____
Miejscowość Data Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia