

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

UBEZPIECZAJĄCY: _____ **NUMER POLISY:** _____

DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA

Imię: _____ Drugie imię: _____

Nazwisko: _____ PESEL/ data urodzenia w przypadku braku _____

Wzrost (cm): _____ Waga (kg): _____

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Szczegóły do udzielonych twierdzących odpowiedzi prosimy wpisać w tabelce SZCZEGÓŁY DO ODPOWIEDZI TWIERDZĄCYCH

Nr	PYTANIE	TAK	NIE
1	Czy Twoja waga ciała uległa zmianie w ciągu ostatnich 12 miesięcy? <i>Jeśli tak, prosimy podać czy uległa zwiększeniu, obniżeniu o ile kg, przyczyna zmiany wagi ciała.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Czy paliłeś/aś w ciągu ostatnich 12 miesięcy więcej niż 20 papierosów/papierosów elektronicznych i innych wyrobów tytoniowych dziennie? <i>Jeśli tak, prosimy podać rodzaj wyrobów tytoniowych, ilość dziennie oraz okres palenia.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Czy zażywałeś/aś w ciągu ostatnich 10 lat środki odurzające/narkotyki lub był/a Pan/Pani w tym okresie leczony/a z powodu spożywania alkoholu, środków odurzających lub narkotyków? <i>Jeśli tak, prosimy podać nazwę, okres przyjmowania, szczegóły dotyczące leczenia.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Czy w ciągu ostatnich 2 lat byłeś/łaś leczony/a i/lub jesteś/byłeś/aś poddany/a diagnostyce i/lub poradom lekarzy specjalistów? <i>Jeśli tak, prosimy podać nazwy badań, przyczynę, szczegóły porad specjalistycznych. Prosimy załączyć kopie ostatnio wykonywanych badań.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Czy w ciągu ostatnich 2 lat lub obecnie przyjmujesz jakiegokolwiek leki zapisane przez lekarza stale przez okres dłuższy niż 30 dni? <i>Jeśli tak, prosimy podać nazwę i dawkę dzienną leków oraz powód przyjmowania.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Czy w ciągu ostatnich 2 lat przebywałeś/aś na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby lub wypadku dłużej niż 21 kolejnych dni? <i>Jeśli tak, prosimy podać szczegóły.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Czy kiedykolwiek ubiegałeś/łaś się bądź orzeczono u Ciebie rentę, niezdolność do pracy, niepełnosprawność lub przyznano świadczenie rehabilitacyjne (nie dotyczy renty rodzinnej)? <i>Jeśli tak, prosimy podać od kiedy, powód przyznania, okres na jaki przyznano świadczenia. Prosimy załączyć kopie dokumentacji medycznej.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Czy w ciągu ostatnich 5 lat przebywałeś/łaś na leczeniu w szpitalu, sanatorium, placówce rehabilitacyjnej lub byłeś/aś operowany/a lub czy zalecono leczenie szpitalne/operację? <i>Jeśli tak, prosimy podać w którym roku, przyczynę hospitalizacji. Prosimy załączyć kopie kart ze szpitala, dokumentacji medycznej.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Czy u Twoich najbliższych krewnych (rodzice, rodzeństwo) stwierdzono przed 60 rokiem życia występowanie: nowotworu złośliwego, polipowatości jelita grubego, cukrzycy, zawału, udaru, kardiomiopatii, wielotorbielowatości nerek, choroby neuronu ruchowego, stwardnienia rozsianego, dystrofii mięśniowej, choroby Parkinsona, choroby Alzheimera? <i>Jeśli tak, prosimy podać kto z najbliższych, nazwa choroby, wiek w dacie zachorowania.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Czy w ciągu ostatnich 5 lat wykonywałeś/aś lub miałeś/łaś zalecone jakiegokolwiek badania specjalistyczne, w szczególności takie jak rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, endoskopia, angiografia, biopsja, EKG wysiłkowe, USG, mammografia, PET? <i>Jeśli tak, prosimy podać przyczynę wykonania badania, datę wykonania oraz załączyć kopie wykonanych badań.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Czy w ciągu ostatnich 10 lat wystąpił/występują u Ciebie poniższe dolegliwości lub chorowałeś/aś lub chorujesz na: <i>(jeśli odpowiedź brzmi tak, prosimy podać szczegóły i dołączyć kopie dokumentacji medycznej)</i>		
11a	choroby układu krążenia ((nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, bóle w klatce piersiowej, zawał mięśnia sercowego/zawał serca, wady zastawek serca, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, niewydolność serca/krążenia, udar mózgu, kardiomiopatia, krwawienie śródczaszkowe, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA));	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11b	choroby układu oddechowego ((astma oskrzelowa leczona doustnymi lekami sterydowymi, przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), rozedma płuc, sarkoidoza, gruźlica płuc, duszność w spoczynku, krwioplucie));	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11c	choroby układu pokarmowego (wrzodziejące zapalenie jelit, choroba Crohna, przewlekłe choroby żołądka lub dwunastnicy, choroby dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego, zaburzenia czynności wątroby, marskość wątroby, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, zapalenie trzustki, zespół nadwrażliwego jelita);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11d	choroby układu wydzielniczego i choroby metaboliczne (cukrzyca, nietolerancja glukozy, insulinooporność, choroby tarczycy, choroby nadnerczy, zaburzenia hormonalne);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11e	choroby układu moczowego (kamica nerek i układu moczowego, wielotorbielowatość nerek, zapalenie nerek, niewydolność nerek, nawracające infekcje dróg moczowych);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11f	choroby układu nerwowego (stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, zawroty i/lub migrenowe bóle głowy trwające dłużej niż 3 dni, padaczka, niedowład/paraliż/porażenie, drgawki);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11g	choroby/ zaburzenia psychiczne (nerwica, depresja, anoreksja, fobie, schizofrenia, próby samobójcze, psychoza, stany lękowe);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11h	choroby układu ruchu ((dyskopatia, choroba zwyrodnieniowa, choroby mięśni i stawów, choroba reumatyczna, reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), przewlekłe bóle kręgosłupa));	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11i	choroby układu krwiotwórczego (białaczka, hemofilia, niedokrwistość, małopłytkowość, skazy krwotoczne);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11j	choroby narządu słuchu i wzroku (choroby uszu, niedosłuch/ głuchota, choroby oczu: jaskra, zaćma, zwyrodnienie siatkówki (poza wadą wzroku poniżej +/- 5 Dioptrii), niedowidzenie/słepota);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11k	choroby i nieprawidłowości występujące aktualnie lub w przeszłości ((guzy, nowotwór złośliwy, powiększone węzły chłonne, torbiele, polipy, mięśniaki macicy (dotyczy kobiet), dodatni wynik testu w kierunku HIV, wskazania do przeszczepu narządu lub stan po przeszczepie, podejrzone znamiona, zmiany barwnikowe, zalecenie zaprzestania spożywania alkoholu, podwyższony poziom cholesterolu we krwi, łuszczyca));	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11l	nieprawidłowości w wynikach badania krwi, moczu lub innych badaniach które wymagały porady lekarskiej, leczenia lub dalszego postępowania diagnostycznego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Czy kiedykolwiek Twój wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został w jakimkolwiek towarzystwie ubezpieczeniowym odrzucony, odroczone lub przyjęty na specjalnych warunkach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy chciałbyś/abyś podać dodatkowe informacje, które w Twoim odczuciu są istotne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego? <i>Jeśli tak, prosimy o wpisanie poniżej:</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dane lekarza prowadzącego lub lekarza pierwszego kontaktu (prosimy podać poniżej):

Imię: _____ Nazwisko: _____

Specjalizacja medyczna: _____

Adres _____

SZCZEGÓŁY DO ODPOWIEDZI TWIERDZĄCYCH

W przypadku braku miejsca prosimy o dołączenie informacji na oddzielnej kartce wraz z datą i podpisem. W związku z udzielonymi odpowiedziami twierdzącymi, prosimy o dołączenie kopii posiadanej dokumentacji medycznej, kart z pobytu w szpitalu lub innych dokumentów w celu przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

OŚWIADCZENIA OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że:

1. 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.
2. 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.
3. 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 kwestionariusza medycznego, 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.

Miejscowość

D | D | M | M | R | R | R | R |

Data

Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia