

## Ankieta medyczna

Nr polisy \_\_\_\_\_

DRUK WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

### I. UBEZPIEZAJĄCY

Imię i nazwisko / Nazwa \_\_\_\_\_  
Data urodzenia                                  PESEL / REGON \_\_\_\_\_ Płeć         

### II. UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_  
Data urodzenia                                  PESEL \_\_\_\_\_ Płeć           
Zawód wykonywany (proszę podać szczegóły) \_\_\_\_\_

### III. WSPÓLUBEZPIECZONY/UPOSAŻONY (dotyczy ubezpieczenia posagowego)

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_  
Data urodzenia                                  PESEL \_\_\_\_\_ Płeć           
Zawód wykonywany (proszę podać szczegóły) \_\_\_\_\_

### IV. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA, ZAWODZIE I HOBBY UBEZPIECZONEGO, WSPÓLUBEZPIECZONEGO

Współubezpieczony / Uposażony / Ubezpieczający			Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. W przypadku odpowiedzi "Tak" na którekolwiek z nich, prosimy o podanie bliższych szczegółów w polu "odpowiedzi szczegółowe", z podaniem numeru pytania, którego dotyczy.	Ubezpieczony		
Tak	Nie	Odpowiedzi szczegółowe		Tak	Nie	Odpowiedzi szczegółowe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> cm <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> kg kg <u>  </u> (+) <u>  </u> (-)	1. Wzrost, waga, zmiana wagi w ostatnim roku Czy zmiana była skutkiem diety odchudzającej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> cm <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> kg kg <u>  </u> (+) <u>  </u> (-)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	piwo <u>  </u> l, wino <u>  </u> l, alk. wysokoprocentowy <u>  </u> l Nie piję <input type="checkbox"/>	2. Ilość wypijanego alkoholu w ciągu miesiąca. Proszę podać rodzaj i ilość wypijanego alkoholu w litrach:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	piwo <u>  </u> l, wino <u>  </u> l, alk. wysokoprocentowy <u>  </u> l Nie piję <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pałę / palilem/am papierosów / e-papierosów / fajek / cygar <u>  </u> <u>  </u> sztuk dziennie	3. Czy pali Pan/Pani lub rzucił palenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed dniem podpisania niniejszego wniosku? Pytania szczegółowe: Rodzaj tytoniu? Rodzaj liquidu (dotyczy e-papierosów)? Od kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pałę / palilem/am papierosów / e-papierosów / fajek / cygar <u>  </u> <u>  </u> sztuk dziennie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4. Czy teraz lub w przeszłości przyjmował/a Pan/Pani narkotyki, środki odurzające lub nadużywał/a Pan/Pani alkoholu? Pytania szczegółowe: Jakiego? Jak długo? Kiedy ostatnio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie lub operowany/a? Pytania szczegółowe: Ile razy? Kiedy? Z jakiego powodu? Rozpoznanie? Prosimy o dołączenie kserokopii kart informacyjnych i wyniku badania histopatologicznego o ile takie badanie było przeprowadzone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6. Czy był/a Pan/i poddany badaniom laboratoryjnym krwi i moczu, których wyniki były nieprawidłowe i wymagały dalszej diagnostyki, konsultacji lekarskich w okresie ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku? Kiedy? Z jakiego powodu? Zalecenia lekarza oraz proszę dołączyć kopię wyników przeprowadzonych badań.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		7. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku zalecono Panu/Pani wykonanie badań diagnostycznych lub specjalistycznej konsultacji lekarskiej? Kiedy? Z jakiego powodu? Zalecenia lekarza oraz proszę dołączyć kopię wyników przeprowadzonych badań.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		8. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku zalecono Panu/Pani stosowanie leków przez okres dłuższy niż 14 dni lub obecnie przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki? Pytania szczegółowe: Od kiedy? Jak długo? Z jakiego powodu? Nazwy leków?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		9. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani poniższe dolegliwości lub choroby? Pytania szczegółowe: Rodzaj dolegliwości, postawione rozpoznanie choroby, data rozpoczęcia i zakończenia leczenia, stosowane lub planowane leczenie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		a) choroby nowotworowe (nowotwory łagodne, złośliwe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		b) bóle w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, kołatanie serca, choroba niedokrwienna serca, zawał serca, nadciśnienie tętnicze, wada serca, niewydolność krążenia, udar mózgu, choroby lub dolegliwości układu krążenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		c) przewlekła chrypka lub kaszel, duszność, astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma, zapalenie płuc, gruźlica choroby lub dolegliwości układu oddechowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		d) nawracające bóle brzucha, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, choroby wątroby lub pęcherzyka żółciowego, choroby trzustki, choroby jelit, zaburzenia wchłaniania, choroby lub dolegliwości przewodu pokarmowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		e) zapalenie nerek, kamica układu moczowego, nawracające zakażenia układu moczowego, patologie narządu rodnego u kobiet, patologie sutka, choroby układu moczowego lub pęcherzyka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		f) podwyższony poziom cukru, cholesterolu lub trójglicerydów, cukrzyca, dna moczanowa, choroby tarczycy, zaburzenia hormonalne lub metaboliczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Współubezpieczony / Uposażony / Ubezpieczający			Pytania ciąg dalszy	Ubezpieczony		
Tak	Nie	Odpowiedzi szczegółowe		Tak	Nie	Odpowiedzi szczegółowe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		g) wirusowe zapalenie wątroby, choroby odzwierzęce, choroby zakaźne, w tym przenoszone drogą płciową?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		h) zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), choroby związane z AIDS, dodatni wynik badania w kierunku wirusa HIV lub obecność przeciwciał anti-HIV w badaniach laboratoryjnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		i) omdlenia, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, padaczka, niedowład, porażenia, zaburzenia psychiczne, nerwica, depresja, choroby lub dolegliwości układu nerwowego lub psychiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		j) dyskopatie, zwyrodnienia, stany zapalne kości lub stawów, choroby lub dolegliwości układu kostnego, stawowego, mięśniowego lub tkanki łącznej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		k) choroby oczu, uszu oraz zaburzeń wzroku lub słuchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		l) choroby, schorzenia lub dolegliwości, które nie zostały wymienione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku otrzymał/a Pan/Pani zwolnienie lekarskie na okres dłuższy niż 14 dni? Pytania szczegółowe: Kiedy? Na jaki okres? Z jakiego powodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		11. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się lub otrzymał/a Pan/Pani rentę chorobową (inwalidzką, świadczenia rehabilitacyjne, zasiłek pielęgnacyjny lub stopień niepełnosprawności)? Pytania szczegółowe: Na jaki okres? Z jakiego powodu? Grupa/stopień niezdolności do pracy lub stopień niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rodz. pokrewieństwa _____ rodz. schorzenia _____ wiek rozpoznania _____ wiek śmierci _____	12. Czy ktoś z najbliższej rodziny (rodzice, rodzeństwo) chorował lub zmarł przed 65 rokiem życia z powodu: nowotworu, chorób serca lub układu krążenia, cukrzycy, zaburzeń psychicznych, chorób wrodzonych lub dziedzicznych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rodz. pokrewieństwa _____ rodz. schorzenia _____ wiek rozpoznania _____ wiek śmierci _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		13. Czy uprawia Pan/Pani zawodowo lub spędza wolny czas uprawiając następujące sporty: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologia, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, zorbing, sporty walki lub udziału w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich? Pytania szczegółowe: Jaki? Od kiedy? Jak często?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	czynniki szkodliwe	14. Czy w Pana/Pani pracy zawodowej występują następujące czynniki szkodliwe lub niebezpieczne: posługiwanie się bronią palną, materiałami wybuchowymi, praca na wysokości powyżej 5 metrów, praca pod ziemią, nurkowanie, wysokie napięcie, pyły przemysłowe, hałas, wibracje, siły specjalne, lotnictwo. Czy Pana/Pani praca wiąże się z przebywaniem na terytoriach będących w stanie wojny, stanu wojennego, stanu wyjątkowego lub gdzie występują rozruchy, zamieszki, bunty, akty przemocy lub istnieje zagrożenie epidemiologiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	czynniki szkodliwe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		15. Czy posiada Pan/Pani umowy ubezpieczeń zawarte z innymi towarzystwami ubezpieczeń na życie, a jeśli tak to na jakie sumy ubezpieczenia? Czy kiedykolwiek odmówiono Panu/Pani zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, a jeżeli tak to z jakiego powodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Współubezpieczony / Uposażony / Ubezpieczający** Proszę podać informacje o placówkach medycznych, w których zatrudnieni są lekarze prowadzący, pierwszego kontaktu lub lekarz rodzinny Ubezpieczonego i Współubezpieczonego. Nazwa, adres, numer telefonu: **Ubezpieczony**

## V. OŚWIADCZENIE

### Ubezpieczony i Współubezpieczony lub Uposażony w ubezpieczeniu posagowym

Zgodnie z art. 27 ust.2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową oraz na przetwarzanie przez Towarzystwo moich danych o stanie zdrowia i nalogach, zawartych w niniejszej ankiecie oraz w innych dokumentach związanych z zawarciem i obsługą umowy ubezpieczenia. Wyrażam zgodę na to, aby Compensa TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group występowało do podmiotów, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.Nr 91, poz. 408 z późn. zm.), które udzielały mi lub będą udzielać świadczeń zdrowotnych, o informacje dotyczące mojego stanu zdrowia i zmian w nim zachodzących, w tym o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustalaniem prawa do świadczenia i określaniem wysokości świadczenia z umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wgląd do informacji zawartych w powyższej ankiecie medycznej przez Ubezpieczonego / Współubezpieczonego podczas wypełniania niniejszego druku.

Oświadczam, iż informacje podane przeze mnie w niniejszej ankiecie są zgodne z prawdą.

Data   .  .   /   .  .   /   .  .  

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego

\_\_\_\_\_ podpis Współubezpieczonego /  
Uposażonego w ubezpieczeniu posagowym