

Wniosek o wznowienie rozwiązanej umowy ubezpieczenia / przekształcenie umowy bezskładkowej w umowę z regularnie opłacaną składką

Nr polisy _____

WNIOSEK WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X“

I. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwisko i imię / Nazwa _____ PESEL/REGON _____
Adres stały / Siedziba
 Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____
 Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Nr telefonu _____
Adres do korespondencji
 Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____
 Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Nr telefonu _____
 E-mail _____

II. UBEZPIECZONY

Nazwisko i imię _____ PESEL _____
Adres stały / Siedziba
 Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____
 Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Nr telefonu _____
Adres do korespondencji
 Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____
 Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Nr telefonu _____
 E-mail _____

Zawód wykonywany (proszę podać szczegóły) _____

III. WSPÓLUBEZPIECZONY / UPOSAŻONY (dotyczy ubezpieczenia posagowego)

Nazwisko i imię _____ PESEL _____
Adres stały / Siedziba
 Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____
 Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Nr telefonu _____
Adres do korespondencji
 Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____
 Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Nr telefonu _____
 E-mail _____

Zawód wykonywany (proszę podać szczegóły) _____

Proszę o:

- wznowienie rozwiązanej Umowy ubezpieczenia zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta moja Umowa ubezpieczenia
- przekształcenie umowy bezskładkowej na umowę ubezpieczenia ze składką regularną zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta moja Umowa ubezpieczenia

IV. LIMITY UNDERWRITINGU MEDYCZNEGO – łącznie ze wszystkich aktywnych polis i wniosków Ubezpieczonego

Wiek wstępu	Suma ryzyka (SR) skumulowana ze wszystkich aktywnych polis i wniosków Ubezpieczonego, w tym ubezpieczeń grupowych*							
	≤ 10 000	> 10 000 ≤ 30 000	> 30 000 ≤ 50 000	> 50 000 ≤ 100 000	> 100 000 ≤ 150 000	> 150 000 ≤ 200 000	> 200 000 ≤ 500 000	> 500 000
≥ 3 m. < 13 l.**	Brak zdolności ubezpieczeniowej							
≥ 13 l. < 18 l.**	Brak zdolności ubezpieczeniowej							
≥ 18 ≤ 45	Oświadczenie o stanie zdrowia					Ankieta medyczna		
≥ 46 ≤ 55	Oświadczenie o stanie zdrowia				Ankieta medyczna		Ankieta medyczna	
≥ 56 ≤ 64	Oświadczenie o stanie zdrowia			Ankieta medyczna		Ankieta medyczna + badania medyczne		
≥ 65	Ankieta medyczna + badania medyczne							

* Suma ryzyka = Suma ubezpieczenia + składka ochronna
 ** Dotyczy tylko SuperFundusz, SuperFundusz Plus, MegaFundusz i TopFundusz
 *** Dotyczy MegaFundusz SU 10 000 PLN; max. SR 20 000 PLN

V. OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Pytania	Tak	Nie	Odpowiedzi szczegółowe
1. Wzrost ___ cm Waga ___ kg Zmiana wagi w ostatnim roku kg ___ (+) ___ (-) Czy zmiana była skutkiem diety odchudzającej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
W przypadku odpowiedzi TAK na pytanie 2 – 6 Oświadczenia o stanie zdrowia, należy wypełnić Ankiętę medyczną.			
2. Czy w ciągu ostatnich 5 lat był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie lub operowany/a? W przypadku odpowiedzi „Tak”, prosimy o wpisanie liczby hospitalizacji, dat hospitalizacji oraz załączenie kopii kart leczenia szpitalnego i wyniku badania histopatologicznego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Czy przebywa Pan/Pani aktualnie na zwolnieniu lekarskim lub przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu dłużej niż 21 kolejnych dni w ciągu ostatnich 2 lat? W przypadku odpowiedzi „Tak”, prosimy o wpisanie jakie choroby lub dolegliwości były powodem zwolnień, okres przebywania na zwolnieniu, jak długo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeczono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Czy w ciągu ostatnich 5 lat zalecono Panu/Pani wykonanie badań diagnostycznych lub konsultacji lekarskiej w związku z nieprawidłowymi wynikami badań medycznych, wykrytymi nieprawidłowościami zdrowotnymi lub odczuwanymi przez Pana/Panią dolegliwościami (np.: dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, bóle brzucha, utraty przytomności, zaburzenia równowagi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Czy zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub zdiagnozowano u Pana/Pani którąkolwiek z chorób lub dolegliwości: choroba nowotworowa, białaczka, choroba serca, nadciśnienie tętnicze, dolegliwości ze strony układu krążenia, udar, padaczka, choroba płuc, duszności, stwardnienie rozsiane, choroba żołądka, jelit, wątroby, trzustki, cukrzyca, choroba nerek, niedowład, zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania (np.: depresji, nerwicy, próby samobójczej), nadużywanie alkoholu, środków odurzających, leków, nosicielstwo wirusa HIV, zespół upośledzenia odporności (AIDS), inną niż wymienione poważną chorobę lub wadę wrodzoną lub poważny uraz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Czy w Pana/Pani pracy zawodowej występują czynniki szkodliwe lub niebezpieczne (np.: 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 itp.) albo Pana/Pani praca wiąże się z przebywaniem na terytoriach niestabilnych politycznie, będących w stanie wojny lub gdzie występują rozruchy, zamieszki, bunt, akty przemocy lub istnieje zagrożenie epidemiologiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Czy uprawia Pan/Pani niebezpieczny sport/hobby, spędza czas w sposób ogólnie uznany za niebezpieczny (np.: sporty walki, nurkowanie na głębokości poniżej 25 metrów, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, sporty motorowe, sporty lotnicze, spadochroniarstwo, skoki na linie itp.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Proszę podać informacje o placówkach medycznych, w których zatrudnieni są lekarze prowadzący, pierwszego kontaktu lub lekarz rodzinny Ubezpieczonego. Nazwa, adres, numer telefonu:

VI. ANKIETA MEDYCZNA

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"/>	___ cm ___ kg kg ___ (+) ___ (-)	1. Wzrost, waga, zmiana wagi w ostatnim roku Czy zmiana była skutkiem diety odchudzającej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ cm ___ kg kg ___ (+) ___ (-)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	piwo ___l, wino ___l, alk. wysokoprocentowy ___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 ___l, wino ___l, alk. wysokoprocentowy ___l Nie piję <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pałę / palitem/am papierosów / fajek / cygar / e -papierosów ___ sztuk dziennie	3. Czy pali Pan/Pani lub rzucił palenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Pytania szczegółowe: Rodzaj tytoniu? Rodzaj liquidu? Od kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pałę / palitem/am papierosów / fajek / cygar / e -papierosów ___ 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 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.	<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? 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 był/a Pan/i badany/a, kontrolowany/a przez lekarza lub poddany/a badaniom diagnostycznym (endoskopowym, radiologicznym, ultrasonograficznym, innym) lub zalecono Panu/Pani badania, konsultacje lekarskie z powodu dolegliwości lub nieprawidłowości zdrowotnych w okresie ostatnich 10 lat? 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 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 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, inne 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, inne choroby lub dolegliwości układu oddechowego?	<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"/>		d) nawracające bóle brzucha, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, choroby wątroby lub pęcherzyka żółciowego, choroby trzustki, choroby jelit, zaburzenia wchłaniania, inne 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 rodowego u kobiet, patologie sutka (torbiele, guzki, bolesność, obrzęk, itp.), inne choroby lub dolegliwości układu moczowego lub płciowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		f) podwyższony poziom cukru, cholesterolu lub trójglicerydów, cukrzyca, dna moczanowa, choroby tarczycy, inne zaburzenia hormonalne lub metaboliczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		g) wirusowe zapalenie wątroby, choroby odzwierzęce, inne choroby zakaźne, w tym przenieszone 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, inne 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, inne 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) inne 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 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, innych 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 niebezpieczny sport/hobby lub spędza wolny czas w sposób ogólnie uznawany za niebezpieczny? (np. sporty walki, nurkowanie na głębokość większą niż 25 metrów, wspinaczka skałkowa lub wysokogórska, speleologia, sporty motorowe i lotnicze, spadochroniarstwo, skoki na linie itp.). 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 jakiekolwiek czynniki szkodliwe lub niebezpieczne? (zawody takie jak np.: kierowca, monter, pracownik branży budowlanej, pracownik branży przemysłowej, górnik, strażak, policjant, ochroniarz itp.; czynniki szkodliwe lub niebezpieczne takie jak np.: posługiwanie się bronią palną lub materiałami wybuchowymi, praca na wysokości, praca pod ziemią, nurkowanie, pyły przemysłowe, hałas, wibracje itp.) albo Pana/Pani praca wiąże się z przebywaniem na terytoriach niestabilnych politycznie, będących w stanie wojny lub gdzie występują rozruchy, zamieszki, bunt, 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

VII. 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 (Dz. U. 2014 r. poz. 1182) wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową oraz na przetwarzanie przez Towarzystwo moich danych o stanie zdrowia i nałogach, zawartych w niniejszym wniosku 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 niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Data DD - MM - R,R,R,R

_____ miejscowość

_____ podpis Ubezpieczonego

_____ podpis Ubezpieczającego

_____ podpis Współubezpieczonego /
Uposażonego w ubezpieczeniu posagowym