



GENERALI

Ubezpieczenia grupowe

Kwestionariusz medyczny

Dane osoby składającej kwestionariusz

Nazwisko

Imię Zawód wykonywany

Nazwa Pracodawcy

Dane dotyczące opieki medycznej

Nazwisko i imię lekarza / Nazwa Przychodni, pod opieką których Pan/Pani się znajduje

Adres Telefon

Pytania dotyczące stanu zdrowia

Wiek lat Płeć K M Wzrost cm Waga kg Ciśnienie tętnicze

	TAK	NIE
1. Czy występują u Pana/Pani jakiegokolwiek dolegliwości lub leczy się Pan/Pani z powodu jakiegokolwiek dolegliwości lub zalecono Panu/Pani stosowanie jakiegokolwiek leków przez okres dłuższy niż 2 tygodnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną lub posiada Pan/Pani rentę inwalidzką?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy chorował/a Pan/Pani w przeszłości lub choruje obecnie na chorobę układu krążenia, oddechowego, pokarmowego, moczowego, kostno – stawowo – mięśniowego, chorobę nowotworową, psychiczną, chorobę gruczołów wydzielania wewnętrznego, chorobę układu nerwowego, krwiotwórczego lub inne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy doznał/a Pan/Pani urazu lub miał(a) Pan/Pani przeprowadzone zabiegi lub operacje (jeśli tak, proszę o dołączenie kserokopii kart szpitalnych) lub czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani odbycie konsultacji lekarskiej, poddanie się leczeniu lub operacji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy stwierdzono u Pana/Pani odchylenia od normy w wykonanych badaniach lekarskich lub diagnostycznych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy pije Pan/Pani alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy pali Pan/Pani papierosy, fajkę, cygara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy uprawia Pan/Pani niebezpieczny sport lub bierze udział w działalności niebezpiecznej dla życia i zdrowia (np. nurkowanie, skoki ze spadochronem, praca na wysokości, itp.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy kiedykolwiek wniosek Pana/Pani o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został odrzucony lub przyjęty na specjalnych warunkach (jeśli tak, proszę podać datę i nazwę towarzystwa ubezpieczeniowego)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy był Pan zwolniony ze służby wojskowej (jeśli tak, proszę przesłać kserokopię książeczki wojskowej)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czy wynik testu na obecność HIV był kiedykolwiek dodatni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny chorował na nadciśnienie, choroby serca, cukrzycę, nowotwór, choroby psychiczne lub choroby dziedziczne i wrodzone (jeżeli tak, to proszę podać stopień pokrewieństwa i rodzaj choroby)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeżeli na którekolwiek z powyższych pytań odpowiedź brzmi TAK, prosimy uszczegółowić odpowiedź na następnej stronie oraz – jeżeli to możliwe – dołączyć kserokopię dokumentacji medycznej.

Generali Życie T.U. S.A.

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952

Kapitał zakładowy: 61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP, pod numerem 26.

Szczegółowe informacje dotyczące pytań, na które zaznaczono odpowiedź „TAK”

Nr pytania	Piwo	Wódka	Wino
6.	<input type="text"/> litr / msc	<input type="text"/> litr / msc	<input type="text"/> litr / msc
7.	Okres palenia <input type="text"/> lat	Liczba papierosów wypalanych dziennie <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Oświadczenie końcowe

- Oświadczam, że wypełniając niniejszy kwestionariusz w sposób pełny i zgodny z prawdą wykorzystałem(am) posiadaną przeze mnie wiedzę dotyczącą stanu mojego zdrowia.
- Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z postanowieniem art. 834 kodeksu cywilnego, w okresie pierwszych trzech lat mojej przynależności do ubezpieczenia, Generali Życie T.U. S.A. (zwane dalej Towarzystwem) może być zwolnione z obowiązku wypłaty świadczeń określonych warunkami umowy w przypadku podania informacji niepełnych, nieprawdziwych lub zatajenia choroby.
- Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych przez osoby do tego upoważnione przez Towarzystwo oraz na zasięgnięcie przez Towarzystwo informacji dotyczących mojego stanu zdrowia zarówno we wszystkich placówkach służby zdrowia, z których usług korzystałem(am) i będę korzystał(a), jak i wszystkich lekarzy, przez których byłem(am) leczony(a) lub z konsultacji, których korzystałem(am), będę korzystał(a).
- Przyjmuję do wiadomości, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu mogą stanowić podstawę do obniżenia sumy ubezpieczenia lub podwyższenia kosztu ryzyka ubezpieczeniowego.
- Oświadczam, że dane osobowe łącznie z danymi o stanie zdrowia zawarte w kwestionariuszu są podane przeze mnie dobrowolnie i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

Data wypełnienia kwestionariusza

Podpis osoby wypełniającej kwestionariusz

Wypełnia Towarzystwo

Decyzja osoby upoważnionej do oceny ryzyka medycznego lub lekarza – Konsultanta Towarzystwa:

- Standardowe ryzyko medyczne
- Ryzyko medyczne podwyższone z możliwością standardowego ubezpieczenia osoby składającej kwestionariusz
- Ryzyko medyczne znacznie podwyższone, niepozwalające na standardowe ubezpieczenie osoby składającej kwestionariusz
- Inne

Zastosowany loading:

Data przekazania kwestionariusza

Podpis

Odebrał