



# 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

Ciężenie tętnicze

**TAK**

**NIE**

1. Czy występują u Pana/Pani jekielkolwiek dolegliwości lub leczy się Pan/Pani z powodu jakichkolwiek dolegliwości lub zalecono Panu/Pani stosowanie jakichkolwiek leków przez okres dłuższy niż 2 tygodnie?  TAK  NIE
2. Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną lub posiada Pan/Pani rentę inwalidzką?  TAK  NIE
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?  TAK  NIE
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?  TAK  NIE
5. Czy stwierdzono u Pana/Pani odchylenia od normy w wykonanych badaniach lekarskich lub diagnostycznych?  TAK  NIE
6. Czy pije Pan/Pani alkohol?  TAK  NIE
7. Czy pali Pan/Pani papierosy, fajkę, cygara?  TAK  NIE
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.)?  TAK  NIE
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)?  TAK  NIE
10. Czy był Pan zwolniony ze służby wojskowej, (jeśli tak, proszę przesłać kserokopię książeczki wojskowej)?  TAK  NIE
11. Czy wynik testu na obecność HIV był kiedykolwiek dodatni?  TAK  NIE
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)?  TAK  NIE

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.

**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"/>		

**Oświadczenia**

- 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 wypełniania kwestionariusza

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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, nie pozwalające na standardowe ubezpieczenie osoby składającej kwestionariusz
- Inne

Zastosowany loading:

Data przekazania kwestionariusza

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Podpis

Odebrał