

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

**UBEZPIECZONY**Nazwisko \_\_\_\_\_  
i imię \_\_\_\_\_ Pleć  M  KData urodzenia  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

Zawód \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

**ANKIETA**

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. W przypadku odpowiedzi "Tak" na którekolwiek z nich, prosimy o podanie bliższych szczegółów w polu odpowiedzi szczegółowe.

Pytania	Tak	Nie	Odpowiedzi szczegółowe
1. Proszę podać wzrost <u>    </u> cm wagę <u>    </u> kg			
2. Czy cierpi Pan/Pani lub chorował/a na choroby układu pokarmowego, sercowonaczyniowego, oddechowego, systemu nerwowego, układu płciowo-moczowego, chorobę endokrynologiczną lub metaboliczną, psychiczną, chorobę kości, lub wszelką inną chorobę przewlekłą nie wymienioną powyżej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Czy leczył się Pan/Pani, leczy, lub ma leczyć przez ponad 3 tygodnie (np. w ostatnich 5 latach)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Czy przebywał Pan/Pani w szpitalu (w ostatnich 5 latach), lub będzie wkrótce przebywać?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Czy jest Pan/Pani na zwolnieniu, lub był/a na nim przez ponad 3 tygodnie w ciągu ostatnich pięciu lat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Czy pobiera Pan/Pani rentę inwalidzką, lub czy jest pan/pani w trakcie załatwiania renty inwalidzkiej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Czy uprawia Pan/Pani jakiś sport (wyczynowy, zawodowo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Czy jest Pan/Pani nosicielem któregoś z wirusów w zespole niedoboru immunologicznego (np. HIV,HCV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Czy na skutek nabytego braku odporności przebył/a Pan/Pani jakąś infekcję?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Czy kiedykolwiek został Pan/Pani wykluczony/a, usunięty/a, czy odroczone Panu/Pani termin lub czy odmówiono Panu/Pani poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Czy w chwili obecnej posiada Pan/Pani ubezpieczenie na życie lub czy otrzymał Pan/Pani propozycję?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zwalnim publicznie i niepublicznie zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej.

Udzielenie odpowiedzi w niniejszym kwestionariuszu jest obowiązkowe. W przypadku pominięcia lub fałszywego oświadczenia, stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego (Art. 834).

W związku z art. 23 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) podaję dobrowolnie swoje dane osobowe w rozumieniu art. 6 powołanej ustawy, niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia i wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w systemach informatycznych, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych

\_\_\_\_\_  
podpis Ubezpieczonego**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH**

Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w systemach informatycznych, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych w celu poprawienia jakości usług oraz promocji Towarzystwa

 Tak  NieData  D, D, - M, M, - R, R, R, R,  \_\_\_\_\_  
miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
podpis ubezpieczającego się (opatrzone dopiskiem „przyjąłem/łam do wiadomości”)