

Szczegółowa ankieta medyczna

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

Łączne zaangażowanie Klienta w kredycie hipotecznym Santander Consumer Bank S.A. – _____

Proszę o przesłanie decyzji objęcia ubezpieczeniem ww. Kredytobiorcy na adres mailowy – _____

UBEZPIECZONY

Nazwisko i imię _____ Płeć K, M

Data urodzenia D, D, M, M, R, R, R, R, Miejsce urodzenia _____

Stan rodzinny żonaty/zamężna wolny (kawaler/panna) rozwiedziony/a wdowiec/wdowa Liczba dzieci _____

Zawód wykonywany _____

Miejsce pracy (nazwa i adres) _____

Adres zamieszkania: _____

ANKIETA

Na każde pytanie należy obowiązkowo odpowiedzieć Tak lub Nie: zaznaczyć właściwą odpowiedź. W przypadku każdej odpowiedzi TAK, wnioskodawca powinien podać dodatkowe informacje.

Pytania	Tak	Nie	Odpowiedzi szczegółowe
1. Proszę podać Wzrost <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm Waga <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg			
2. Czy w ciągu 2 ostatnich lat zanotował Pan/Pani niezamierzony spadek wagi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Podać ile: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Czy w Pana/Pani rodzinie chorował ktoś na chorobę serca, chorobę wieńcową, neurologiczną, psychiczną, raka lub cukrzycę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Podać jakie:
4. Czy aktualnie posiada Pan/Pani ubezpieczenie na życie? Czy dostał Pan/Pani odmowę, odroczenie, ograniczenie, lub uchylenie do poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Początek ważności – Towarzystwo – Wysokość gwarancji – Powody – Beneficjent:
5. Czy uprawia Pan/Pani sporty? (Podać czy bierze Pan/Pani udział w zawodach sportowych) Czy korzysta Pan/Pani z urządzeń latających innych niż regularne linie pasażerskie? Czy korzysta Pan/Pani z motocykla? Czy wyjeżdża Pan/Pani poza teren Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych lub Kanady? (Jeśli tak, podać częstotliwość, średni czas pobytu i cel wyjazdów, osobno dla każdego kraju i na rok)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jakie: Typ – Marka – Pojemność silnika:
6. Czy spożywa Pan/Pani napoje alkoholowe codziennie (piwo, wino, wódka)? Czy jest Pan/Pani palaczem? Czy używa lub używał Pan/Pani substancji uważanych za narkotyki (haszysz, marihuana, kokaina, LSD)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ilości dziennie:
7. Czy był Pan/Pani ofiarą wypadku (samochodowego lub innego)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odniesione szkody cielesne (podać czy wystąpiła utrata świadomości i czas jej trwania), daty, skutki
8. Czy otrzymuje Pan/Pani rentę inwalidzką? Czy jest lub będzie Pan/Pani załatwiał rentę inwalidzką?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9. Czy w chwili obecnej korzysta Pan/Pani ze zwolnienia z pracy? Czy przez ostatnich 5 lat musiał Pan/Pani przerwać pracę na ponad 3 kolejne tygodnie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Od kiedy – powód – przewidywana data powrotu do pracy: Kiedy – długość każdej przerwy – powód:
10. W OKRESIE 10 OSTATNICH LAT Czy przebywał Pan/Pani w środowisku szpitalnym lub podobnym w celu poddania się operacji, badaniu, leczeniu? Czy poddawał się Pan/Pani leczeniu specjalistycznemu takiemu jak: radioterapia, chemioterapia, immunoterapia lub kobaltoterapia? Czy poddawał się Pan/Pani: transfuzjom krwi lub pochodnych krwi? Czy przechodził Pan/Pani: badania medyczne (z wyłączeniem medycyny pracy), takie jak badanie krwi, moczu, elektrokardiogram, prześwietlenie rentgenologiczne?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Daty – czas trwania – powody – wyniki:

Pytania (c.d.)	Tak	Nie	Odpowiedzi szczegółowe
Czy poddawał się Pan/Pani testowi surowiczododatności na jeden z wirusów braku odporności ludzkiej (HIV, żółtaczkę itd.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy chorował Pan/Pani na infekcję na skutek nabytego braku odporności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. CZY CHOROJE PAN/PANI NA NASTĘPUJĄCE CHOROBY:			Proszę uściślić:
– Choroby układu oddechowego (uporczywy kaszel, plucie krwią, zadyszka, astma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Choroby serca i naczyń krwionośnych (zawał, nadciśnienie tętnicze, zapalenie tętnic)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Choroby układu trawiennego (wrzody, żółtaczkę, zapalenie wątroby, chroniczna biegunka)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Choroby układu moczowopłciowego (białkomocz i krwiomocz, choroby przenoszone drogą płciową)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Choroby układu nerwowego (porażenia, zapalenie opon mózgowych, epilepsja)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Choroby psychiczne (depresja nerwowa, próby samobójcze)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Choroby krwi, węzłów chłonnych śledziony (anemia, występowanie anormalnych węzłów chłonnych, hemofilia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Choroby endokrynologiczne lub metaboliczne (cukrzyca, nadczynność tarczycy, hemochromatoza, rzeżączka)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Choroby kości i stawów (artretyzm, reumatyzm)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Choroby skóry (usuwanie pieprzyków, łuszczyca, inne uszkodzenia skóry)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Ostre lub skomplikowane choroby zakaźne (gruźlica, wirusowe zapalenie wątroby, powtarzające się infekcje)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Choroby pasożytnicze lub grzybicze (malaria, choroba motylicza wywołana przez przywry, drożdżycy)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Choroba narządów zmysłu zaburzenia wzroku i słuchu (krótkowzroczność, głuchota)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostrość wzroku: OD OG Przed korektą /10 /10 po korekcie /10 /10
– inne nie wymienione wyżej choroby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Podać jakie:
12. Czy w najbliższym czasie będzie Pan/Pani hospitalizowany lub będzie przechodził badania lekarskie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy – z jakiego powodu/ów:
Czy musi się Pan/Pani poddać operacji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Czy zażywa Pan/Pani leki od bólu głowy, bólu, przeciw zmęczeniu, środki nasenne, antybiotyki, środki uspokajające lub magnez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy aktualnie jest Pan/Pani w trakcie leczenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. DOTYCZY MĘŻCZYŹN			
Czy został Pan zwolniony ze służby wojskowej z przyczyn zdrowotnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. DOTYCZY KOBIEC			
Schorzenia organów płciowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Podać szczegóły: przyczyny, data,...
Schorzenia piersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

16. W przypadku gdyby posiadał/a Pan/i jakieś istotne dla tej ankiety informacje, o które nie padło pytanie powyżej, lub gdyby chciał/a Pan/i dodać jeszcze jakieś informacje do podanych powyżej, prosimy o podanie ich w tym miejscu:

17. Prosimy o podanie adresu przychodni i nazwiska lekarza, u którego Pan/i leczy się:

Nazwa przychodni _____

Adres przychodni _____

Nazwisko i imię lekarza _____

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zwalnam publiczne i niepubliczne 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 przez mnie danych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w systemach informatycznych, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach

_____ podpis Ubezpieczonego

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 przez mnie danych przez Compensa 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 Nie

data ____-____-____

_____ miejscowość

_____ podpis Osoby ubezpieczanej się (opatrzone dopiskiem: „przyjąłem/łam do wiadomości”)