

Ankieta medyczna

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

Skan niniejszej ankiety należy niezwłocznie po jej wypełnieniu wysłać do Compensa TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group: kwestionariusze.medyczne@compensazycie.com.pl
UBEZPIECZYCIEL

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

INFORMACJE O UMOWIE KREDYTU / POŻYCZKI

Liczba Kredytobiorców / Pożyczkobiorców w danej Umowie kredytu / pożyczki _____

Kwota kredytu / pożyczki _____

Okres trwania Umowy kredytu / pożyczki _____

OSOBA UBEZPIECZANA

Imię _____ Nazwisko _____

Data urodzenia ____-____-____ PESEL _____

ANKIETA

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

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"/>	
2. Ilość wypijanego alkoholu w ciągu miesiąca. Proszę podać rodzaj i ilość wypijanego alkoholu w litrach:			piwo ____ l, wino ____ l, Nie piję <input type="checkbox"/> alkohol wysokoprocentowy ____ l
3. Czy pali Pan/Pani lub rzucił palenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Pytania szczegółowe: Rodzaj tytoniu? Od kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pale/palilem/am papierosów/fajek/cygar/ e-papierosów ____ sztuk dziennie
4. Czy teraz lub w przeszłości przyjmował/a Pan/Pani narkotyki, środki odurzające lub nadużywał/a Pan/Pani alkoholu? Pytania szczegółowe: Jakże? Jak długo? Kiedy ostatnio?	<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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
a) choroby nowotworowe (nowotwory łagodne, złośliwe)?	<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"/>	
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"/>	
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"/>	
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 piersiowego?	<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"/>	
g) wirusowe zapalenie wątroby, choroby odzwierzęce, inne choroby zakaźne, w tym przenoszone drogą płciową?	<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"/>	
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"/>	
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"/>	
k) choroby oczu, uszu oraz zaburzeń wzroku lub słuchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l) inne choroby, schorzenia lub dolegliwości, które nie zostały wymienione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 167 845 797,00 zł – opłacony w całości

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

Compensa Kontakt: +48 22 501 61 00, 801 120 000

Pytania (c.d.)	Tak	Nie	Odpowiedzi szczegółowe								
l) inne choroby, schorzenia lub dolegliwości, które nie zostały wymienione?	<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"/>									
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"/>									
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"/>	<table border="1"> <tr> <td>rodz. pokrewieństwa</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>rodz. schorzenia</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>wiek rozpoznania</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>wiek śmierci</td> <td>_____</td> </tr> </table>	rodz. pokrewieństwa	_____	rodz. schorzenia	_____	wiek rozpoznania	_____	wiek śmierci	_____
rodz. pokrewieństwa	_____										
rodz. schorzenia	_____										
wiek rozpoznania	_____										
wiek śmierci	_____										
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"/>									
14. Czy w Pana/Pani pracy zawodowej występują jakiegokolwiek 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:								
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"/>									

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

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

- Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Agenta Ubezpieczeniowego oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i jej reasekuratorów moich danych osobowych oraz danych medycznych zawartych w niniejszej Ankiecie medycznej oraz na przekazywanie powyższych danych za granicę w celu ich przetwarzania jedynie do celów związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o adresie spółki, celu zbierania danych, prawie wglądu do danych osobowych, możliwości ich korekty oraz dobrowolności ich podania.
- Wyrażam zgodę w trybie art. 22 ust. 3 w związku z ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 950, z późn. zm.) na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych o informacje o moim stanie zdrowia, przebiegu leczenia i przyczynie śmierci z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- Wyrażam zgodę na wykonanie badań laboratoryjnych / medycznych w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Wyrażam zgodę, w trybie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, na udostępnianie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group innemu zakładowi ubezpieczeń na jego pisemne żądanie, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

data _____ miejscowość _____ podpis Osoby ubezpieczonej _____

OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZANEJ

- Oświadczam, że udzielone przeze mnie odpowiedzi zawarte w niniejszej Ankiecie medycznej są prawdziwe i kompletne oraz zgodne z posiadaną wiedzą i przekonaniem. Ponadto oświadczam, że zostałem poinformowany i przyjąłem do wiadomości, że w przypadku podania przeze mnie danych niezgodnie z rzeczywistym stanem mojego zdrowia, Ubezpieczyciel może odmówić w przyszłości wypłaty Świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
- Zgodnie z art. 24.1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.) oświadczam, że zostałem/am poinformowany(a), że:
 - Administratorem moich danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162,
 - dane przekazane przeze mnie Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group będą wykorzystane przez Ubezpieczyciela w celu i zakresie związanym z zawarciem i wykonywaniem Umowy ubezpieczenia,
 - przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz przysługuje mi prawo ich poprawiania,
 - zgoda na udostępnienie moich danych osobowych jest dobrowolna.

data _____ miejscowość _____ podpis Osoby ubezpieczonej _____

OŚWIADCZENIA OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ANKIETĘ MEDYCZNĄ

- Oświadczam, iż zweryfikowałem tożsamość Osoby ubezpieczonej i poprawność jej danych na podstawie okazanego mi dokumentu tożsamości ze zdjęciem oraz potwierdzam własnoręczność powyżej złożonego podpisu.
- Oświadczam, że poinformowałem Osobę ubezpieczoną, że w przypadku podania w niniejszej Ankiecie medycznej nieprawdziwych informacji lub ich zatajenia Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group zastrzega sobie prawo odmowy wypłaty Świadczenia.

data _____ miejscowość _____ podpis Osoby przyjmującej Ankiety medyczną _____