



KWESTIONARIUSZ ZDROWOTNY DLA OSÓB PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA BEST DOCTORS® ORGANIZACJA I LECZENIE ZA GRANICĄ

I. UBEZPIEZAJĄCY

	Numer polisy
--	-----------------------

II. UBEZPIECZONY (PROSIMY ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWY KWADRAT)

<input type="checkbox"/> Pracownik	<input type="checkbox"/> Małżonek ubezpieczonego pracownika	<input type="checkbox"/> Dziecko ubezpieczonego pracownika	<input type="checkbox"/> Partner ubezpieczonego pracownika
Imię i nazwisko			
Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	PESEL	Obywatelstwo	
Data (DD:MM:RRRR) zatrudnienia przez pracodawcę (dotyczy pracownika)	Data (DD:MM:RRRR) zawarcia związku małżeńskiego (dotyczy małżonków)		

II. INFORMACJE NA TEMAT STANU ZDROWIA UBEZPIECZONEGO I O UBEZPIECZONYM

	Tak	Nie
1. Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 10 lat znajdował się Pan/Pani w szpitalu, klinice lub pod kontrolą lekarza specjalisty w celu leczenia, monitorowania któregośkolwiek z następujących stanów chorobowych:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 każdy zdiagnozowany rak lub odkrycie słabo zróżnicowanych (niedojrzałych) komórek, w tym zmiany przedzłośliwe, leukoplakia, przełyk Barretta, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Crohna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 zdiagnozowane: zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca, kardiomiopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 zdiagnozowane: wada zastawki serca, miażdżyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 zdiagnozowane: udar mózgu (włączając TIA), nowotwory ośrodkowego układu nerwowego (w tym mózgu i rdzenia kręgowego), tętniak wewnątrzczaszkowy, nowotwory łagodne rdzenia kręgowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 zdiagnozowane: nowotwór złośliwy krwi (w tym białaczka, chłoniak, szpiczak mnogi) i/lub choroby niedoboru odporności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 zdiagnozowane: niewydolność nerek lub istniejąca wcześniej niewydolność nerek z podwyższonym stężeniem kreatyniny w surowicy, wielotorbielowatość nerek, marskość wątroby, stwardniające zapalenie dróg żółciowych, zespół Budd-Chiari, przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C, przewlekła obturacyjna choroba płuc, mukowiscydoza, włóknienie płuc (kryptogenne i alergiczne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy obecnie oczekuje Pani/Pan na wyniki badań diagnostycznych w zakresie objawów któregośkolwiek z powyższych stanów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy posiada Pan/Pani miejsce zamieszkania na terytorium RP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym kwestionariuszu (stanowiącym integralną część deklaracji zgody na objęcie umową grupowego ubezpieczenia na życie) są kompletne i prawdziwe oraz że zostały przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot (dalej: „ERGO Hestia”) w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą. Zobowiązuję się zgłosić ERGO Hestii fakt zmiany miejsca zamieszkania na inne terytorium niż terytorium RP.

Wyrażam zgodę, aby w oparciu o oświadczenia znajdujące się w niniejszym kwestionariuszu objęto mnie umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą pomiędzy Ubezpieczającym a Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA (od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Wyrażam zgodę na udostępnianie przez ERGO Hestii przetwarzanych przez ERGO Hestii moich danych osobowych każdemu innemu zakładowi ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podawanych przeze mnie danych, ustalenia mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez ERGO Hestii informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia mojego prawa do świadczenia i jego wysokości. (od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Wyrażam zgodę na udostępnianie ERGO Hestii moich danych osobowych przetwarzanych przez każdy inny zakład ubezpieczeń, w którym jestem, byłem(am) lub będę ubezpieczony/a bądź występowałem/am, występuję lub będę występował/a o ubezpieczenie w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podawanych przeze mnie danych, ustalenia mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia ERGO Hestii posiadanych przez każdy inny zakład ubezpieczeń informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia mojego prawa do świadczenia i jego wysokości. (od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis Ubezpieczonego
-------------	----------------------------	-----------------------