

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Numer polisy 0 1 0 0 0 0 3 1 7 1

Nr konsultanta

1. Dane Ubezpieczonego

Wybrany wariant	Składka	płeć:	mężczyzna <input type="checkbox"/>	kobieta <input type="checkbox"/>
Imię				
Nazwisko				
PESEL	Data urodzenia		R	R
Adres		M		D
Ulica	nr domu	nr lokalu		
Kod pocztowy	Miejscowość			

2. Dane medyczne

PYTANIE	TAK	NIE
1. Czy w przeszłości chorował/a Pan/i lub choruje obecnie na choroby wymienione poniżej:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, arytmia, nadciśnienie, przewlekłe choroby układu krążenia, wady serca;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) stany zapalne nerek, przewlekłe choroby nerek;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) astma, chroniczny bronchit, gruźlica, przewlekłe choroby układu oddechowego;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) cukrzyca;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) zapalenie trzustki, jelit, przewlekłe choroby układu pokarmowego;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) nowotwory (guzy), chłoniaki, białaczka;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) udar, porażenie;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) padaczka, nerwice, uzależnienie od alkoholu, narkotyków, choroby psychiczne, inne przewlekłe choroby układu nerwowego;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) wirusowe zapalenie wątroby typu B, wirusowe zapalenie wątroby typu C, przewlekłe choroby wątroby, AIDS, zakażenie wirusem HIV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy ubiegał się Pan/i lub otrzymywał rentę lub Pana/i zdolność do pracy w pełnym wymiarze jest ograniczona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) lub pali obecnie powyżej 50 sztuk papierosów dziennie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Oświadczenie

Oświadczam, że wyżej podane informacje są kompletne i zgodne z prawdą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA może odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i Kodeksie Cywilnym.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych do tworzenia bazy danych o klientach Towarzystwa, ich przetwarzania oraz dalszego ich wykorzystywania do celów ubezpieczeniowych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA przez właściwe organy i Instytucje informacji dotyczących mojej osoby, niezbędnych do weryfikacji zgłoszonych roszczeń wobec Towarzystwa oraz na udostępnianie HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA przez lekarzy oraz placówki medyczne, w których się leczę bądź leczyłem/am, informacji i dokumentacji medycznych o moim stanie zdrowia, niezbędnych do realizacji zgłaszanych roszczeń.

Jednocześnie upoważniam HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA do zasięgnięcia informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w innych zakładach ubezpieczeń.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia