

Kwestionariusz medyczny DO UMOWY UBEZPIECZENIA MOJA RODZINA

Szanowni Państwo,

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” prosimy o szczegółową odpowiedź na zadane pytanie w tabeli poniżej. Uzyskane informacje są poufne, służą InterRisk S.A. Vienna Insurance Group do indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

UBEZPIECZONY:

Imię i nazwisko:

Adres, adres e-mail:

PESEL:

Telefon stacjonarny:

Telefon komórkowy:

1. Czy w ciągu ostatnich 5 lat był/a Pan/i leczony/a ambulatoryjnie, diagnozowany/a z powodu jakichkolwiek objawów lub dolegliwości lub przyjmował/a Pan/i leki zalecone przez lekarza? tak nie

2. Czy w ciągu ostatnich 10 lat był/a Pan/i leczony/a w szpitalu, sanatorium, oddziałach pobytu dziennego, lub czy przechodził/a Pan/i zabieg operacyjny i czy w ciągu ostatnich 10 lat zalecono Panu/i przeprowadzenie jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego (w tym też zabiegu ambulatoryjnego). Jeśli tak, proszę w poniższej tabeli podać kiedy i z jakich przyczyn? tak nie

3. Czy obecnie i w ciągu ostatnich 5 lat chorował/a lub choruje Pan/i, doznał/a uszkodzeń ciała lub cierpi z powodu jakichkolwiek objawów albo dolegliwości? tak nie

4. Czy przyjmuje Pan/i leki przepisywane przez lekarza? tak nie

5. Czy jest Pani w ciąży? tak nie

6. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana/i:

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 1) choroba Creutzfeldta-Jakoba | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 2) niewydolność nerek | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 3) paraliż | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 4) śpiączka | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 5) transplantacja głównych organów | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 6) udar mózgu | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 7) zawał serca | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 8) zakażenie wirusem HIV | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 9) anemia aplastyczna | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 10) dystrofia mięśniowa | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 11) poliomielitis | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 12) stwardnienie rozsiane | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 13) nowotwór złośliwy | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 14) oparzenie | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 15) pomostowanie naczyń wieńcowych | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 16) utrata mowy | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 17) utrata słuchu | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |
| 18) utrata wzroku | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie |

Dodatkowe informacje dotyczące pytań 1-5:

Nr pytania	Rozpoznanie/diagnoza Rodzaj dolegliwości Nazwa leków i dzienne dawkowanie	Dane dotyczące chorób, prowadzonego leczenia oraz przeprowadzonych badań		Operacje		Następstwa tak/nie	Nazwisko, adres lekarza/y, szpitala, sanatorium, kliniki, placówki ambulatoryjnej
		Prowadzone w warunkach ambulatoryjnych (od kiedy – do kiedy)	Prowadzone w warunkach szpitalnych (od kiedy – do kiedy)	Przeprowadzone w warunkach ambulatoryjnych tak/nie	Przeprowadzone w warunkach operacyjnych tak/nie		

Oświadczam, że:

1. Udzieliłem/am odpowiedzi na pytania zawarte we wniosku zgodnie z prawdą i wyczerpująco oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować brakiem odpowiedzialności InterRisk S.A. Vienna Insurance Group.
2. Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk S.A. Vienna Insurance Group do zakładów opieki zdrowotnej, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych z wnioskami o przekazanie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych o stanie zdrowia.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Ubezpieczyciela korespondencji, w tym oświadczeń woli na adres
..... Jednocześnie zobowiązuję się w przypadku zmiany w/w adresu do niezwłocznego informowania Ubezpieczyciela o nowych danych adresowych.

Informujemy, że obowiązek podania danych osobowych zawartych we wniosku, niezbędnych dla oceny ryzyka, wynika z art. 24 ust.1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2003 r. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.).

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Ubezpieczonego*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez InterRisk S.A. Vienna Insurance Group zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. Dz.U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Ubezpieczonego

* w przypadku Ubezpieczonych poniżej 18 roku życia w ich imieniu podpisy składają rodzice/opiekunowie prawni