

Numer wniosku/polisy:



INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Wariant:

Nazwisko i imię: płeć: mężczyzna kobieta

Data urodzenia:

PESEL:

PYTANIE	TAK	NIE
1. Czy w przeszłości chorował/a Pan/i lub choruje obecnie na choroby wymienione poniżej:		
a) zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, arytmia, nadciśnienie, przewlekłe choroby układu krążenia, wady serca;		
b) stany zapalne nerek, przewlekłe choroby nerek;		
c) astma, chroniczny bronchit, gruźlica, przewlekłe choroby układu oddechowego;		
d) cukrzyca;		
e) zapalenie trzustki, jelit, przewlekłe choroby układu pokarmowego;		
f) nowotwory (guzy), chłoniaki, białaczka;		
g) udar, porażenie;		
h) padaczka, nerwice, uzależnienie od alkoholu, narkotyków, choroby psychiczne, inne przewlekłe choroby układu nerwowego;		
i) wirusowe zapalenie wątroby typu B, wirusowe zapalenie wątroby typu C, przewlekłe choroby wątroby, AIDS, zakażenie wirusem HIV;		
2. Czy ubiegał się Pan/i lub otrzymywał rentę lub Pana/i zdolność do pracy w pełnym wymiarze jest ograniczona?		
3. Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) lub pali obecnie powyżej 50 sztuk papierosów dziennie?		
4. Czy wykonuje Pan/i którykolwiek z poniżej wymienionych zawodów o wysokim stopniu ryzyka: bokser; cieśla; cyrkowiec; dekarz; detektyw; drwał; dziennikarz - korespondent; dżokej; elektryk; górnik; hutnik; kaskader; kierowca ciężarówek; kominiarz; marynarz; monter; murarz; nurek; ochroniarz; operator ciężkiego sprzętu; pilot; policjant; pracownik budowlany; pracownik pracujący: na wysokościach; przy budowie rusztowań; materiałach chemicznych; przy azbestie; żwirze; paliwach; w kamieniołomie; przy materiałach wybuchowych; rybak; spawacz; sportowiec zawodowy; strażak; tynkarz; wojskowy?		
5. Czy posiada Pan/i w naszym Towarzystwie inne polisy ubezpieczeniowe na życie: ▪ grupowe ▪ indywidualne Jeśli tak, prosimy o podanie numeru polisy lub certyfikatu.		

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 dokumentacji i informacji medycznych o moim stanie zdrowia niezbędnych do realizacji zgłaszanych roszczeń zgromadzonych przez lekarzy, oraz placówki medyczne, w których się leczę bądź leczyłem/am. Jednocześnie upoważniam HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA do zasięgania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w innych towarzystwach ubezpieczeń.

miejsowość

data

czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia