



## KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

### DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ KWESTIONARIUSZ

NAZWISKO

IMIĘ

ZAWÓD WYKONYWANY

NAZWA PRACODAWCY

### DANE DOTYCZĄCE OPIEKI MEDYCZNEJ

NAZWISKO I IMIĘ LEKARZA/NAZWA PRZYCHODNI POD OPIEKĄ KTÓRYCH PAN/PANI SIĘ ZNAJDUJE

ADRES

TELEFON

### PYTANIA DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

WIEK

 lat

PŁEĆ

 K/M

WZROST

 cm

WAGA

 kg

Jeżeli odpowiedź na jedno z poniższych pytań brzmi TAK prosimy podać szczegółowe wyjaśnienia, dołączyć kopię posiadanej dokumentacji medycznej

1. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przebył/a Pan/i leczenie szpitalne lub operacyjne ( za wyjątkiem operacji wyrostka robaczkowego, przepukliny brzusznej lub pachwinowej, migdałów podniebiennych, przegrody nosowej, tąkotki, ścięgien, porodu bez komplikacji, zabiegów dentystycznych) lub czy obecnie oczekuje Pan/i na hospitalizację lub leczenie operacyjne?

TAK

NIE

2. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Pana/Pani lub leczono jakiegokolwiek, z niżej wymienionych schorzeń:

TAK

NIE

- rak, guz, białaczka, ziarnica

- zawał serca, wady zastawek serca

- choroba wieńcowa, bóle w klatce piersiowej, arytmia,

- udar, przemijające niedokrwienie mózgu, tętniak mózgu, wylew krwi do mózgu

- cukrzyca,

- nadciśnienie

- wirusowe zapalenie wątroby typu A, B lub C,

- niewydolność nerek, marskość wątroby

- przeszczep narządu

- paraliż, padaczka, stwardnienie rozsiane, choroby psychiczne, inne choroby układu nerwowego

- infekcja HIV lub AIDS

3. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przeszedł/a Pan/i specjalistyczne badania diagnostyczne, takie jak rezonans magnetyczny, usg, tomografia komputerowa, mammografia, biopsja, kolonoskopia, EKG wysiłkowe, których wyniki okazały się nieprawidłowe bądź oczekuje Pan/i na badania lub wyniki badań?

TAK

NIE

#### OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że wypełniając niniejszy kwestionariusz w sposób pełny i zgodny z prawdą wykorzystałem(am) posiadaną przeze mnie wiedzę dotyczącą stanu mojego zdrowia.

2. Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z postanowieniem art. 834 kodeksu cywilnego, w okresie pierwszych trzech lat mojej przynależności do ubezpieczenia, TU INTER - ŻYCIE Polska S.A. (zwane dalej Towarzystwem) może być zwolnione z obowiązku wypłaty świadczeń określonych warunkami umowy w przypadku podania informacji niepełnych, nieprawdziwych lub zatajenia choroby.

3. Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych przez osoby do tego upoważnione przez Towarzystwo oraz na zasięganie przez Towarzystwo informacji dotyczących mojego stanu zdrowia zarówno we wszystkich placówkach służby zdrowia, z których usług korzystałem(am) i będę korzystał(a), jak i wszystkich lekarzy, przez których byłem(am) leczony(a) lub z konsultacji, których korzystałem(am), będę korzystał(a).

4. Przyjmuję do wiadomości, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu mogą stanowić podstawę do obniżenia sumy ubezpieczenia lub podwyższenia kosztu ryzyka ubezpieczeniowego lub odmowy przyjęcia do ubezpieczenia.

5. Oświadczam, że dane osobowe łącznie z danymi o stanie zdrowia zawarte w kwestionariuszu są podane przeze mnie dobrowolnie i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

DATA WYPEŁNIANIA KWESTIONARIUSZA

PODPIS OSOBY WPEŁNIAJĄCEJ KWESTIONARIUSZ