



# GENERALI

Ubezpieczenia grupowe

## KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Ubezpieczający: Pol-Assistance Sp. z o.o.

Nazwisko: .....

Imię: .....

PESEL: .....

Wariant ubezpieczenia:

| Wariant 1 | Wariant 2 | Wariant 3 |
|-----------|-----------|-----------|
|           |           |           |

W związku ze złożoną Deklaracją przystąpienia Członka Grupy Otwartej do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM Max prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania, dotyczące stanu zdrowia. Jeżeli odpowiedź na którekolwiek z pytań jest twierdząca, prosimy o podanie poniżej (w polu Uwagi) dodatkowych informacji, dotyczących: wyników wykonanych badań, rodzaju schorzenia, czasu trwania choroby, okresu i sposobu leczenia, stopnia powrotu do zdrowia.

**1. Czy w ciągu ostatnich 5 lat chorował Pan/chorowała Pani na następujące choroby?**

nowotwory złośliwe, chorobę wieńcową, wadę serca, przemijające niedokrwienie mózgu, udar mózgu, zawał serca, niewydolność krążenia, przewlekłe choroby wątroby, przewlekłe choroby jelit, cukrzycę, otyłość, przewlekłe choroby nerek lub niewydolność nerek, przewlekłe choroby układu oddechowego lub niewydolność oddechową, zakażenie wirusem HIV, czy stwierdzano wartości ciśnienia tętniczego krwi przekraczających 170 / 95 mmHg lub zaburzenia psychiczne:

|     |     |
|-----|-----|
| Tak | Nie |
|-----|-----|

Jeżeli chorował Pan/chorowała Pani na którąkolwiek z powyższych chorób, prosimy o podanie dodatkowych informacji dotyczących:

1) rodzaju schorzenia

.....

2) czasu trwania choroby

.....

3) sposobu leczenia

.....

4) stopnia powrotu do zdrowia

.....

**2. Czy w ciągu ostatnich 5 lat był Pan leczony/ była Pani leczona w szpitalu (z wyjątkiem usunięcia wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, migdałków, hemoroidów, łagodnych torbieli, przeprowadzenia artroskopii, operacji przepukliny, przegrody nosa, zaćmy, leczenia złamania kości, usunięcia zęba, porodu) lub czy jest planowane takie leczenie?**

|     |     |
|-----|-----|
| Tak | Nie |
|-----|-----|

Jeżeli odpowiedź jest twierdząca, prosimy o podanie dodatkowych informacji, o przyczynie i przebiegu leczenia, ewentualnie udostępnienie kopii karty wypisowej:

.....

.....

.....



# GENERALI

Ubezpieczenia grupowe

3. Czy w ciągu ostatniego roku odczuwał Pan/ odczuwała Pani którekolwiek z poniższych dolegliwości: bóle w klatce piersiowej, omdlenia, krwiotłucie, obecność krwi w stolcu, duszność, wyczuwalny guzek lub powiększenie jednego sutka, gorączkę, której przyczyny nie wyjaśniono, postępującą utratę masy ciała?

|     |     |
|-----|-----|
| Tak | Nie |
|-----|-----|

Jakie? Kiedy? Wykonane badania diagnostyczne?

.....

.....

.....

4. Czy w ciągu ostatnich 5 lat wykonywano u Pana/ wykonywano u Pani jakiegokolwiek inwazyjne badania diagnostyczne (np. biopsja, angiografia, koronarografia, bronchoskopia, endoskopia przewodu pokarmowego lub dróg moczowych) lub zalecano Panu/ zalecano Pani wykonanie tego rodzaju badań diagnostycznych?

|     |     |
|-----|-----|
| Tak | Nie |
|-----|-----|

Kiedy? Jakie? Szczegóły?

.....

.....

.....

5. Czy w ciągu ostatnich 5 lat wykonywał Pan/ wykonywała Pani badania, których wyniki odbiegały od normy?

|     |     |
|-----|-----|
| Tak | Nie |
|-----|-----|

Kiedy? Jakie? Szczegóły?

.....

.....

.....

## 6. Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszej ankiecie są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane Generali Życie T.U. S.A. w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazanie mailem niniejszego kwestionariusza medycznego przez:

..... do Generali Życie T.U. S.A. celem oceny ryzyka.

(imię i nazwisko przyjmującego Ankietę)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych zawartych w niniejszym kwestionariuszu medycznym w celu niezbędnym do przyjęcia mnie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM Max.

.....  
Data

.....  
Podpis osoby składającej kwestionariusz medyczny