

12. Czy w najbliższym czasie będzie Pan/Pani hospitalizowany/a lub będzie przechodził/a badania lekarskie? Czy musi się Pan/Pani poddać operacji?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie	Kiedy – z jakiego powodu/ów:
13. Czy zażywa Pan/Pani leki od bólu głowy, bólu, przeciw zmęczeniu, środki nasenne, antybiotyki, środki uspokajające lub magnez? Czy aktualnie jest Pan/Pani w trakcie leczenia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie	
14. DOTYCZY MEŹCZYŹN Czy został Pan zwolniony ze służby wojskowej z przyczyn zdrowotnych?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
15. DOTYCZY KOBIET Schorzenia organów płciowych Schorzenia piersi Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie	Podać szczegóły: przyczyny, data,...

16. W przypadku gdyby posiadał/a Pan/i jakieś istotne dla tej ankiety informacje, o które nie padło pytanie powyżej, lub gdyby chciał/a Pan/i dodać jeszcze jakieś informacje do podanych powyżej, prosimy o podanie ich w tym miejscu:

17. Prosimy o podanie adresu przychodni i nazwiska lekarza, u którego Pan/i leczy się:

Nazwa przychodni _____

Adres przychodni _____

Nazwisko i imię lekarza _____

OŚWIADCZENIA

• W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zwalnam publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej. Udzielenie odpowiedzi w niniejszym kwestionariuszu jest obowiązkowe. W przypadku pominięcia lub fałszywego oświadczenia, stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego (Art. 834).

• W związku z art.23 ust.1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz 1182, z późn. zm.) podaję dobrowolnie swoje dane osobowe w rozumieniu art. 6 powołanej ustawy, niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia i wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przez mnie danych przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w systemach informatycznych, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach

_____ podpis Ubezpieczonego

Zgodnie z art.23 ust.1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przez mnie danych przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w systemach informatycznych, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych w celu poprawienia jakości usług oraz promocji Towarzystwa.

TAK NIE

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____
miejsceowość

_____ podpis Osoby ubezpieczanej się (opatrzone dopiskiem: „przyjąłem/lam do wiadomości”)