COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

Załącznik nr 17 do Umowy Agencyjnej numer UA/ISCB/2016 zawartej 17.08.2016 pomiędzy
Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i Santander Consumer Bank S.A.

Ankieta medyczna

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X"

Skan niniejszej ankiety należy niezwłocznie po jej wypełnieniu wysłać do Compensa TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group: kwestionariusze.medyczne@compensazycie.com.pl

UBEZPIECZYCIEL

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

INFORMACJE O UMOWIE KREDYTU / POŻYCZKI

Liczba Kredytobiorców / Pożyczkobiorców w danej Umowie kredytu / pożyczki _____

Kwota kredytu / pożyczki _____ Okres trwania Umowy kredytu / pożyczki _____

OSOBA UBEZPIECZANA

Imię _ Nazwisko _

Data urodzenia _ _ – _ _ – _ _ _ _ PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

ANKIETA

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. W przypadku odpowiedzi "Tak" na którekolwiek z nich, prosimy o podanie bliższych szczegółów w polu poniżej pytania

Pytania	Tak	Nie	Odpowiedzi szczegółowe
1. Wzrost _ _ _ cm Waga _ _ _ kg Zmiana wagi w ostatnim roku kg _ _ (+) _ _ (-) Czy zmiana była skutkiem diety odchudzającej?	☐	☐	
2. Ilość wypijanego alkoholu w ciągu miesiąca. Proszę podać rodzaj i ilość wypijanego alkoholu w litrach:			piwo _____ l, wino _____ l, Nie piję ☐ alkohol wysokoprocentowy _____ l
3. Czy pali Pan/Pani lub rzucił palenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Pytania szczegółowe: Rodzaj tytoniu? Od kiedy?	☐	☐	palę/paliłem/am papierosów/fajek/cygar/ e-papierosów _ _ _ sztuk dziennie
4. Czy teraz lub w przeszłości przyjmował/a Pan/Pani narkotyki, środki odurzajace lub nadużywał/a Pan/Pani alkoholu? Pytania szczegółowe: Jakie? Jak długo? Kiedy ostatnio?	☐	☐	
5. Czy w ciągu ostatnich 10 lat był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie lub operowany/a? Pytania szczegółowe: Ile razy? Kiedy? Z jakiego powodu? Rozpoznanie? Prosimy o dołączenie kserokopii kart informacyjnych i wyniku badania histopatologicznego.	☐	☐	
6. Czy był/a Pan/i poddany badaniom laboratoryjnym krwi i moczu, których wyniki były nieprawidłowe i wymagały dalszej diagnostyki, konsultacji lekarskich w okresie ostatnich 10 lat? Kiedy? Z jakiego powodu? Zalecenia lekarza oraz proszę dołączyć kopię wyników przeprowadzonych badań.	☐	☐	
7. Czy był/a Pan/i badany/a, kontrolowany/a przez lekarza lub poddany/a badaniom diagnostycznym (endoskopowym, radiologicznym, ultrasonograficznym, innym) lub zalecono Panu/Pani badania, konsultacje lekarskie z powodu dolegliwości lub nieprawidłowości zdrowotnych w okresie ostatnich 10 lat? Kiedy? Z jakiego powodu? Zalecenia lekarza oraz proszę dołączyć kopię wyników przeprowadzonych badań.	☐	☐	
8. Czy w ciągu ostatnich 10 lat zalecono Panu/Pani stosowanie leków przez okres dłuższy niż 14 dni lub obecnie przyjmuje Pan/Pani jakiekolwiek leki? Pytania szczegółowe: Od kiedy? Jak długo? Z jakiego powodu? Nazwy leków?	☐	☐	
9. Czy w ciągu ostatnich 10 lat kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani poniższe dolegliwości lub choroby? Pytania szczegółowe: Rodzaj dolegliwości, postawione rozpoznanie choroby, data rozpoczęcia i zakończenia leczenia, stosowane lub planowane leczenie.	☐	☐	
a) choroby nowotworowe (nowotwory łagodne, złośliwe)?	☐	☐	
b) bóle w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, kołatanie serca, choroba niedokrwienna serca, zawał serca, nadciśnienie tętnicze, wada serca, niewydolność krążenia, udar mózgu, inne choroby lub dolegliwości układu krążenia	☐	☐	
c) przewlekła chrypka lub kaszel, duszność, astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, inne choroby lub dolegliwości układu oddechowego?	☐	☐	
d) nawracające bóle brzucha, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, choroby wątroby lub pęcherzyka żółciowego, choroby trzustki, choroby jelit, zaburzenia wchłaniania, inne choroby lub dolegliwości przewodu pokarmowego?	☐	☐	
e) zapalenie nerek, kamica układu moczowego, nawracające zakażenia układu moczowego, patologie narządu rodnego u kobiet, patologie sutka (torbiele, guzki, bolesność, obrzęk itp.), inne choroby lub dolegliwości układu moczowego lub płciowego?	☐	☐	
f) podwyższony poziom cukru, cholesterolu lub trójglicerydów, cukrzyca, dna moczanowa, choroby tarczycy inne zaburzenia hormonalne lub metaboliczne?	☐	☐	
g) wirusowe zapalenie wątroby, choroby odzwierzęce, inne choroby zakaźne, w tym przenoszone drogą płciową?	☐	☐	
h) zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), choroby związane z AIDS, dodatni wynik badania w kierunku wirusa HIV lub obecność przeciwciał anty-HIV w badaniach laboratoryjnych?	☐	☐	
i) omdlenia, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, padaczka, niedowłady, porażenia, zaburzenia psychiczne, nerwica, depresja, inne choroby lub dolegliwości układu nerwowego lub psychiczne?	☐	☐	
j) dyskopatie, zwyrodnienia, stany zapalne kości lub stawów, inne choroby lub dolegliwości układu kostnego, stawowego, mięśniowego lub tkanki łącznej?	☐	☐	
k) choroby oczu, uszu oraz zaburzeń wzroku lub słuchu?	☐	☐	
l) inne choroby, schorzenia lub dolegliwości, które nie zostały wymienione?	☐	☐	

Pytania (c.d.)	Tak	Nie	Odpowiedzi szczegółowe
l) inne choroby, schorzenia lub dolegliwości, które nie zostały wymienione?	☐	☐	
10. Czy w ciągu ostatnich 5 lat otrzymał/a Pan/Pani zwolnienie lekarskie na okres dłuższy niż 14 dni? Pytania szczegółowe: Kiedy? Na jaki okres? Z jakiego powodu?	☐	☐	
11. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się lub otrzymał/a Pan/Pani rentę chorobową (inwalidzką, świadczenia rehabilitacyjne, zasiłek pielęgnacyjny lub stopień niepełnosprawności)? Pytania szczegółowe: Na jaki okres? Z jakiego powodu? Grupa/stopień niezdolności do pracy lub stopień niepełnosprawności?	☐	☐	
12. Czy ktoś z najbliższej rodziny (rodzice, rodzeństwo) chorował lub zmarł przed 65 rokiem życia z powodu: nowotworu, chorób serca, lub układu krążenia, cukrzycy, zaburzeń psychicznych, innych chorób wrodzonych lub dziedzicznych?	☐	☐	rodz. pokrewieństwa rodz. schorzenia wiek rozpoznania wiek śmierci
13. Czy uprawia Pan/Pani niebezpieczny sport/hobby lub spędza wolny czas w sposób ogólnie uznawany za niebezpieczny? (np. sporty walki, nurkowanie na głębokość większą niż 25 metrów, wspinaczka skałkowa lub wysokogórska, speleologia, sporty motorowe i lotnicze, spadochroniarstwo, skoki na linie itp.). Pytania szczegółowe: Jaki? Od kiedy? Jak często?	☐	☐	
14. Czy w Pana/Pani pracy zawodowej występują jakiekolwiek czynniki szkodliwe lub niebezpieczne? (zawody takie jak np.: kierowca, monter, pracownik branży budowlanej, pracownik branży przemysłowej, górnik, strażak, policjant, ochroniarz itp.; czynniki szkodliwe lub niebezpieczne takie jak np.: posługiwanie się bronią palną lub materiałami wybuchowymi, praca na wysokości, praca pod ziemią, nurkowanie, pyły przemysłowe, hałas, wibracje itp.) albo Pana/Pani praca wiąże się z przebywaniem na terytoriach niestabilnych politycznie, będących w stanie wojny lub gdzie występują rozruchy, zamieszki, bunty, akty przemocy lub istnieje zagrożenie epidemiologiczne?	☐	☐	czynniki szkodliwe:
15. Czy posiada Pan/ Pani umowy ubezpieczeń zawarte z innymi towarzystwami ubezpieczeń na życie, a jeśli tak to na jakie sumy ubezpieczenia? Czy kiedykolwiek odmówiono Panu / Pani zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, a jeżeli tak to z jakiego powodu?	☐	☐	

Proszę podać informacje o placówkach medycznych, w których zatrudnieni są lekarze prowadzący, pierwszego kontaktu lub lekarz rodzinny Ubezpieczonego. Nazwa, adres, numer telefonu:

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

1. Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Agenta Ubezpieczeniowego oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i jej reasekuratorów moich danych osobowych oraz danych medycznych zawartych w niniejszej Ankiecie medycznej oraz na przekazywanie powyższych danych za granicę w celu ich przetwarzania jedynie do celów związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o adresie spółki, celu zbierania danych, prawie wglądu do danych osobowych, możliwości ich korekty oraz dobrowolności ich podania.
2. Wyrażam zgodę w trybie art. 22 ust. 3 w związku z ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 950, z późn. zm.) na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych o informacje o moim stanie zdrowia, przebiegu leczenia i przyczynie śmierci z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
3. Wyrażam zgodę na wykonanie badań laboratoryjnych / medycznych w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Wyrażam zgodę, w trybie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, na udostępnianie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group innemu zakładowi ubezpieczeń na jego pisemne żądanie, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

data __ __ – __ __ – __ __ __ __ _____ _____
miejscowość podpis Osoby ubezpieczanej

OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZANEJ

1. Oświadczam, że udzielone przeze mnie odpowiedzi zawarte w niniejszej Ankiecie medycznej są prawdziwe i kompletne oraz zgodne z posiadaną wiedzą i przekonaniem. Ponadto oświadczam, że zostałem poinformowany i przyjąłem do wiadomości, że w przypadku podania przeze mnie danych niezgodnie z rzeczywistym stanem mojego zdrowia, Ubezpieczyciel może odmówić w przyszłości wypłaty Świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
2. Zgodnie z art. 24.1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.) oświadczam, że zostałem/-am poinformowany(a), że:
   a) Administratorem moich danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162,
   b) dane przekazane przeze mnie Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group będą wykorzystane przez Ubezpieczyciela w celu i zakresie związanym z zawarciem i wykonywaniem Umowy ubezpieczenia,
   c) przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz przysługuje mi prawo ich poprawiania,
   d) zgoda na udostępnienie moich danych osobowych jest dobrowolna.

data __ __ – __ __ – __ __ __ __ _____ _____
miejscowość podpis Osoby ubezpieczanej

OŚWIADCZENIA OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ANKIETĘ MEDYCZNĄ

1. Oświadczam, iż zweryfikowałem tożsamość Osoby ubezpieczanej i poprawność jej danych na podstawie okazanego mi dokumentu tożsamości ze zdjęciem oraz potwierdzam własnoręczność powyżej złożonego podpisu.
2. Oświadczam, że poinformowałem Osobę ubezpieczaną, że w przypadku podania w niniejszej Ankiecie medycznej nieprawdziwych informacji lub ich zatajenia Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group zastrzega sobie prawo odmowy wypłaty Świadczenia.

data __ __ – __ __ – __ __ __ __ _____ _____
miejscowość podpis Osoby przyjmującej Ankietę medyczną