



KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY **Generali, z myślą o życiu. Grupa otwarta.**

Imię i nazwisko	
Pesel	
Wariant ubezpieczenia	
Wysokość składki	

W związku ze złożonym wnioskiem o zawarcie Umowy Ubezpieczenia na Życie Generali, z myślą o życiu. Grupa otwarta 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.

W okienku obok właściwej odpowiedzi należy postawić znak X.

1 Czy w ciągu ostatnich 5 lat chorował Pan/chorowała Pani na następujące choroby? choroba nowotworowa, choroba wieńcowa, zawał serca, wada serca, udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA), nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, astma oskrzelowa lub inna przewlekła choroba układu oddechowego, przewlekła choroba wątroby, trzustki lub nerek, zaburzenia psychiczne, choroba alkoholowa, zakażenie wirusem HIV:

<input type="checkbox"/>	Tak
--------------------------	-----

<input type="checkbox"/>	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?

<input type="checkbox"/>	Tak
--------------------------	-----

<input type="checkbox"/>	Nie
--------------------------	-----

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

.....
.....
.....

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?

<input type="checkbox"/>	Tak
--------------------------	-----

<input type="checkbox"/>	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?

<input type="checkbox"/>	Tak
--------------------------	-----

<input type="checkbox"/>	Nie
--------------------------	-----

Kiedy? Jakie? Szczegóły?

.....

.....

.....

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

<input type="checkbox"/>	Tak
--------------------------	-----

<input type="checkbox"/>	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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych zawartych w niniejszym kwestionariuszu medycznym w celu niezbędnym do zawarcia Umowy Ubezpieczenia na Życie Generali, z myślą o Życiu. Grupa otwarta.

.....
(data i podpis Ubezpieczonego)