

# WNIOSEK O ZAWARCIE UBEZPIECZENIA

COMPENSA MIĘDZY NAMI Otwarta Grupa

## DANE OSOBOWE I ADRESOWE

Imię i Nazwisko:		Rodzaj dokumentu ze zdjęciem	
PESEL:		NR dokumentu ze zdjęciem	
Obywatelstwo		Miejsce urodzenia	
Zawód wykonywany			
Adres	Kod pocztowy miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania		
Adres korespondencyjny	Kod pocztowy miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania		
Email		Telefon	

## UPOSAŻENI

Imię i Nazwisko / Firma	Pesel / Regon	Udział	Stopień pokrewieństwa

## OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

1. Wzrost: .....	Zmiana wagi w ostatnim roku: ..... (+) ..... (-)	
Waga: .....	Czy zmiana wagi była skutkiem diety odchudzającej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie lub operowany/a? W przypadku odpowiedzi „Tak”, prosimy o wpisanie liczby hospitalizacji, dat hospitalizacji oraz załączenie kopii kart leczenia szpitalnego i wyniku badania histopatologicznego.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. Czy przebywa Pan/Pani aktualnie na zwolnieniu lekarskim lub przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu dłużej niż 21 kolejnych dni w ciągu ostatnich 2 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku? W przypadku odpowiedzi „Tak”, prosimy o wpisanie jakie choroby lub dolegliwości były powodem zwolnień, okres przebywania na zwolnieniu, jak długo?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeczono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności? Jeśli tak, to na jaki okres / stopień niepełnosprawności:		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku zalecono Panu/Pani wykonanie badań diagnostycznych lub konsultacji lekarskich w związku z nieprawidłowymi wynikami badań medycznych, wykrytymi nieprawidłowościami zdrowotnymi lub odczuwanymi przez Pana/Panią dolegliwościami (ból głowy, dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, ból brzucha, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, choroby układu kostno-stawowego, dyskopatia)? Jeśli tak, to jakie:		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6. Czy zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub zdiagnozowano u Pana/Pani którąkolwiek z chorób lub dolegliwości: choroba nowotworowa, białaczka, choroba serca, nadciśnienie tętnicze, dolegliwości ze strony układu krążenia, udar, padaczka, choroba płuc, duszności, stwardnienie rozsiane, choroba żołądka, jelit, wątroby, trzustki, cukrzyca, choroba nerek, niedowład, zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania (depresji, nerwicy, próby samobójczej), nadużywanie alkoholu, środków odurzających, leków, nosicielstwo wirusa HIV, zespół upośledzenia odporności (AIDS), inną niż wymienione poważną chorobę lub wadę wrodzoną lub poważny uraz? Jeśli tak, to jakie:		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

<p>7. Czy w Pana/Pani pracy zawodowej występują czynniki szkodliwe lub niebezpieczne (żołnierz zawodowy – niezależnie od rodzaju jednostki wojskowej, policjant, agent ochrony, górnik pracujący pod ziemią, górnik w kopalniach odkrywkowych, pracownik przemysłu wydobywczego pracujący pod ziemią, strażak, osoba wykonująca prace na wysokościach powyżej 3 metrów lub pod ziemią lub przy rozbiórce budynków, kaskader, pracownik platformy wiertniczej, ratownik górski, wodny lub lotniczy, korespondent wojenny, nurek lub inna osoba wykonująca prace pod wodą, pracownik wykonujący prace związane z wykorzystaniem materiałów wybuchowych w tym ich transport, pracownik przewożący paliwa lub ładunki niebezpieczne, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1000V, pilot poza licencjonowanymi liniami lotniczymi, kierowca wyścigowy i rajdowy) albo Pana/Pani praca wiąże się z przebywaniem na terytoriach niestabilnych politycznie, będących w stanie wojny lub gdzie występują rozruchy, zamieszki, bunt, akty przemocy lub istnieje zagrożenie epidemiologiczne? Jeśli tak, to jakie:</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>8. Czy uprawia Pan/Pani niebezpieczny sport/hobby, spędza czas w sposób ogólnie uznany za niebezpieczny (zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału danej osoby w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich)? Jeśli tak, to jaki:</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Informacja o placówkach medycznych, w których zatrudnieni są lekarze prowadzący, pierwszego kontaktu lub rodzinny.</p> <p>.....</p>	

**W przypadku odpowiedzi TAK – zawarcie ubezpieczenia wymaga zgody Centrali.**

**W przypadku odpowiedzi TAK na pytania od 2 do 6 należy wypełnić ankietę medyczną – znajdują się na ostatniej stronie wniosku**

## OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

### Wymagane do zawarcia ubezpieczenia:

- Zgoda na występowanie przez Compensa Życie do podmiotów wykonujących działalność leczniczą (szczegółowa treść na kolejnej stronie)
- Zgoda na występowanie przez Compensa do NFZ (szczegółowa treść na kolejnej stronie)
- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku zostały mi doręczone ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami o symbolu BRP-0115 i odpowiednie ogólne warunki dodatkowych ubezpieczeń indywidualnych wybranych przeze mnie. Oświadczam, że zapoznałem się z ich treścią, a w szczególności z zakresem ochrony ubezpieczeniowej, z wysokością sum ubezpieczenia, zasadami opłacania składek, zasadami stosowania okresowego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa (Karencja) oraz wyłączeniami odpowiedzialności Towarzystwa i je akceptuję.
- Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku dystrybutor ubezpieczeń określił, na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, moje wymagania i potrzeby, w szczególności w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, oraz przekazał mi dokument zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że dokument o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym ma charakter informacyjny i nie stanowi części zawieranej Umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że zawierana Umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, zaś wszelkie rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w otrzymanym dokumencie o produkcie ubezpieczeniowym a treścią zawieranej Umowy ubezpieczenia zostały mi wyjaśnione i przeze mnie zaakceptowane.
- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszego wniosku dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 oraz 23 Ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń, a w szczególności poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem Umowy ubezpieczenia oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

### Pozostałe dobrowolne:

- Zgoda na marketing po zakończeniu Umowy oraz automatyczne podejmowanie decyzji przez Compensa Życie
  - Zgoda na automatyczne podejmowanie decyzji w ramach marketingu bezpośredniego produktów własnych przez Compensa Życie
  - Zgoda na informację handlowo-marketingową drogą elektroniczną
  - Zgoda na informację handlowo-marketingową drogą telekomunikacyjną
  - Zgoda na automatyczne podejmowanie decyzji oraz cross-selling pomiędzy Compensa Życie oraz Compensa
  - Zgoda na przesyłanie drogą elektroniczną dokumentów ubezpieczeniowych
  - Zgoda na przesyłanie drogą telekomunikacyjną dokumentów ubezpieczeniowych
- Szczegółowe treści zgód znajdują się na następnej stronie.

### Deklaracja w sprawie zajmowania eksponowanego stanowiska politycznego

- Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. (Dz.U. 2018, poz. 723 - tekst jednolity). Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data, miejscowość, podpis Ubezpieczającego

## TREŚĆ ZGÓD

### Zgoda na występowanie przez Compensa Życie do podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Wyrażam zgodę 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 informację o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej.

### Zgoda na występowanie przez Compensa do NFZ

Wyrażam zgodę, na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Narodowego Funduszu Zdrowia o dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania.

### Zgoda na marketing po zakończeniu Umowy oraz automatyczne podejmowanie decyzji przez Compensa Życie

Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przetwarzane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), we własnych celach marketingowych, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

### Zgoda na automatyczne podejmowanie decyzji w ramach marketingu bezpośredniego produktów własnych przez Compensa Życie

Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych takich jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości, we własnych celach marketingowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

### Zgoda na informację handlowo-marketingową drogą elektroniczną

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)

### Zgoda na informację handlowo-marketingową drogą telekomunikacyjną

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

### Zgoda na automatyczne podejmowanie decyzji oraz cross-selling pomiędzy Compensa Życie oraz Compensa

Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), oraz na ich przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.

### Zgoda na przesyłanie drogą elektroniczną dokumentów ubezpieczeniowych

Wyrażam zgodę na przesyłanie mi dokumentów potwierdzających zawarcie Umowy ubezpieczenia, kolejnych wersji Polis, powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z zawartą przeze mnie Umową ubezpieczenia, wybierając jako formę kontaktu: Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)

### Zgoda na przesyłanie drogą telekomunikacyjną dokumentów ubezpieczeniowych

Wyrażam zgodę na przesyłanie mi dokumentów potwierdzających zawarcie Umowy ubezpieczenia, kolejnych wersji Polis, powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z zawartą przeze mnie Umową ubezpieczenia, wybierając jako formę kontaktu: Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

## ANKIETA MEDYCZNA

Wymagana, jeśli w oświadczeniu o stanie zdrowia na pytania od 2 do 6 została udzielona odpowiedź TAK

1. Wzrost: .....	Zmiana wagi w ostatnim roku: ..... (+) ..... (-)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Waga: .....	Czy zmiana wagi była skutkiem diety odchudzającej?	
2. Ile alkoholu pije Pan/Pani w ciągu miesiąca. Proszę podać rodzaj i ilość wypijanego alkoholu w litrach:		
<input type="checkbox"/> Nie piję      Piwo ..... L      Wino ..... L      Alkohol wysokoprocentowy ..... L		
3. Czy pali Pan/Pani lub rzucił/a palenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed dniem podpisania niniejszej Ankiety medycznej? W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o poniższe informacje dodatkowe: <input type="checkbox"/> Palę: <input type="checkbox"/> Papieros <input type="checkbox"/> Fajka <input type="checkbox"/> Cygaro <input type="checkbox"/> Papieros elektroniczny      Ilość sztuk dziennie: ..... Pytania szczegółowe: Rodzaj tytoniu? Rodzaj liquidu (dotyczy e-papierosów)? Od kiedy?		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
4. Czy teraz lub w przeszłości przyjmował/a Pan/Pani narkotyki, środki odurzające lub nadużywał/a Pan/Pani alkoholu? W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o poniższe informacje dodatkowe: Jakiego? Jak długo? Kiedy ostatnio?		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
5. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszej Ankiety medycznej był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie lub operowany/a? W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o poniższe informacje dodatkowe: Ile razy? Kiedy? Z jakiego powodu? Rozpoznanie? Prosimy o dołączenie kserokopii kart informacyjnych i wyniku badania histopatologicznego, o ile takie badanie było przeprowadzone.		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
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 przed dniem podpisania niniejszej Ankiety medycznej? W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o poniższe informacje dodatkowe: Kiedy? Z jakiego powodu? Zalecenia lekarza? Proszę dołączyć kopię wyników przeprowadzonych badań.		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
7. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszej Ankiety medycznej zalecono Panu/Pani wykonanie badań diagnostycznych lub specjalistycznej konsultacji lekarskiej? W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o poniższe informacje dodatkowe: Kiedy? Z jakiego powodu? Zalecenia lekarza? Proszę dołączyć kopię wyników przeprowadzonych badań.		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
8. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszej Ankiety medycznej zalecono Panu/Pani stosowanie leków przez okres dłuższy niż 14 dni lub obecnie przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki? W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o poniższe informacje dodatkowe: Pytania szczegółowe: Od kiedy? Jak długo? Z jakiego powodu? Nazwy leków.		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
9. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszej Ankiety medycznej kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani poniższe dolegliwości lub choroby? W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o poniższe informacje dodatkowe: Rodzaj dolegliwości, postawione rozpoznania chorób, data rozpoczęcia i zakończenia leczenia, stosowane lub planowane leczenie.		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
a) choroby nowotworowe (nowotwory łagodne, złośliwe)?		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
b) bóle w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, kołotania serca, choroba niedokrwienia serca, zawał serca, nadciśnienie tętnicze, wada serca, niewydolność krążenia, udar mózgu, choroby lub dolegliwości układu krążenia?		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
c) przewlekła chrypka lub kaszel, duszności, ostma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma, zapalenie płuc, grzybica choroby lub dolegliwości układu oddechowego?		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
d) nawracające bóle brzucha, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, choroby wątroby lub pęcherzyka żółciowego, choroby trzustki, choroby jelit, zaburzenia wchłaniania, choroby lub dolegliwości przewodu pokarmowego?		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
e) zapalenie nerek, kamica układu moczowego, nawracające zakażenia układu moczowego, patologie narządu rodowego u kobiet, patologie sutka, choroby układu moczowego lub płciowego?		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
f) podwyższony poziom cukru, cholesterolu lub trójglicerydów, cukrzyca, dna moczanowa, choroby tarczycy, zaburzenia hormonalne lub metaboliczne?		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

g) wirusowe zapalenie wątroby, choroby odzwierzęce, choroby zakaźne, w tym przenoszone drogą płciową?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
h) zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), choroby związane z AIDS, dodatni wynik badania w kierunku wirusa HIV lub obecności przeciwciała anty-HIV w badaniach laboratoryjnych?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
i) omdlenia, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, padaczka, niedowłady, porażenia, zaburzenia psychiczne, nerwica, depresja, choroby lub dolegliwości układu nerwowego lub psychiczne?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
j) dyskopatie, zwyrodnienia, stany zapalne kości lub stawów, choroby lub dolegliwości układu kostnego, stawowego, mięśniowego lub tkanki łącznej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
k) choroby oczu, uczu oraz zaburzenia wzroku lub słuchu?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
l) choroby, schorzenia lub dolegliwości, które nie zostały wymienione powyżej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
10. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przed dniem podpisania niniejszej Ankiety medycznej otrzymał/a Pan/Pani zwolnienie lekarskie na okres dłuższy niż 14 dni? W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o poniższe informacje dodatkowe: Kiedy? Na jaki okres? Z jakiego powodu?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
11. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się lub otrzymał/a Pan/Pani rentę chorobową (inwalidzką, świadczenia rehabilitacyjne, zasiłek pielęgnacyjny lub stopień niepełnosprawności)? W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o poniższe informacje dodatkowe: Na jaki okres? Z jakiego powodu? Grupa/stopień niezdolności do pracy lub stopień niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
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, chorób wrodzonych lub dziedzicznych?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
13. Czy uprawia Pan/Pani zawodowo lub spędza wolny czas uprawiając następujące sporty: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologia, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, zorbing, sporty walki lub udziału w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich? Pytania szczegółowe: Jaki? Od kiedy? Jak często?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
14. Czy w Pana/Pani pracy zawodowej występują następujące czynniki szkodliwe lub niebezpieczne: posługiwanie się bronią palną, materiałami wybuchowymi, praca na wysokości powyżej 5 metrów, praca pod ziemią, nurkowanie, wysokie napięcie, pyły przemysłowe, hałas, wibracje, siły specjalne, lotnictwo. Czy Pana/Pani praca wiąże się z przebywaniem na terytoriach będących w stanie wojny, stanu wojennego, stanu wyjątkowego lub gdzie występują rozruchy, zamieszki, bunty, akty przemocy lub istnieje zagrożenie epidemiologiczne?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
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?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Informacja o placówkach medycznych, w których zatrudnieni są lekarze prowadzący, pierwszego kontaktu lub rodzinny.

## Oświadczenia

Oświadczam, że udzielone przeze mnie odpowiedzi zawarte w niniejszej Ankiecie medycznej są kompletne i zgodne z prawdą; jestem świadomy, że w razie zatajenia prawdziwych danych lub podania fałszywych informacji, Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w Kodeksie cywilnym.

Data, miejscowość, podpis Ubezpieczającego