

**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

**ANKIETA MEDYCZNA**

**Oświadczam, że** w ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie lub nie prowadzono leczenia w związku z następującymi chorobami:

a) nowotworem złośliwym, białaczką, chorobą Hodgkina, chłoniakiem, mięsakiem lub czerniakiem

b) jakąkolwiek z poniższych zmian:

- zmianą przedrakową,
- guzem o granicznej złośliwości,
- dysplazją dużego stopnia,
- poziomem markeru nowotworowego we krwi (PSA) równym 4.0 ng/ml lub wyższym,
- nieprawidłowością w wymazie z szyjki macicy pod postacią zmiany śródplaskonabłonkowej (HSIL) dużego stopnia (CIN3 +; dużego stopnia dysplazja),
- nieprawidłowym obrazem mammografii (kategoria BI-RADS 3 lub wyższa),
- nadczynnością tarczycy,
- obecnością polipów w jelicie grubym, jelicie cienkim i / lub żołądka,
- znamieniem, które krwawi, stało się bolesne, zmieniło kolor lub powiększyło swój rozmiar; z wyłączeniem sytuacji w których leczenie zostało w pełni zakończone i nie wymaga dalszego postępowania medycznego

c) chorobą krwi lub dziedzicznym niedoborem odporności wymagającym leczenia przez okres dłuższy niż jeden miesiąc, wymagającym regularnego lub ciągłego leczenia innego niż tylko specjalna dieta (niedokrwistością aplastyczną, chłoniakiem, białaczką, szpiczakiem, zespołem mielodysplastycznym, niedokrwistością sierpowatokrwinkową, talasemią)

d) guzem, guzkiem, torbielą w mózgu lub w strukturach okołomózgowych

e) zmianami naczyniowymi lub zaburzeniami krążenia (udarem mózgu, przemijającym atakiem niedokrwinnym "TIA", krwotokiem mózgowym, zwężeniem tętnic szyjnych) zaburzeniami w obrębie naczyń krwionośnych mózgowia (malformacją naczyniową, tętniakiem, zakrzepem lub zatorom) w mózgu lub w strukturach okołomózgowych

f) postacią choroby serca (zawałem serca, chorobą niedokrwinną serca, zaburzeniami rytmu serca, z wyjątkiem sytuacji nie wymagających postępowania medycznego, wadami zastawek serca, szmerami serca lub gorączką reumatyczną, niewydolnością serca, powiększeniem serca lub kardiomiopatię); może Pan/Pani odpowiedzieć NIE, jeśli był/a / jest Pan/Pani leczony/a wyłącznie z powodu wysokiego ciśnienia krwi lub wysokiego poziomu cholesterolu

g) cukrzycą; (w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest kobieta może zostać udzielona odpowiedź NIE, jeśli leczenie dotyczyło wyłącznie cukrzycy ciążowej)

h) przewlekłą niewydolnością nerek, chorobą leczoną dializami, marskością wątroby lub przewlekłą niewydolnością wątroby lub zwłóknieniem wątroby.

**Oświadczam, że** u żadnego z moich naturalnych rodziców lub rodzeństwa przed ich 50-ymi urodzinami, nie zdiagnozowano choroby układu sercowo-naczyniowego (zawału serca, pomostowania aortalno-wieńcowego lub udaru mózgu), wielotorbielowatości nerek lub nowotworu złośliwego jelit, piersi, okrężnicy, jajnika, prostaty, trzustki lub nerek bądź czerniaka.

**Oświadczam, że** obecnie lub w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie miałem/am utrzymujących się lub nawracających objawów, które nie zostały jeszcze zdiagnozowane/zgłoszone lekarzowi: guzek w piersi lub w jądrach, krwawienie z odbytu, krew w moczu, nietypowy kaszel, żółtaczkę, niewyjaśnioną utratę wagi, bóle głowy z rosnącą częstotliwością, zaburzenia widzenia (zamglenie/podwójne widzenie, niewyjaśniona utrata wzroku), niewyjaśnione ubytki słuchu, trudności z mową, osłabienie kończyn, napady padaczkowe, napady drgawkowe lub omdlenia lub nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych krwi (morfologii krwi, kreatyniny, enzymów wątrobowych, markerów nowotworowych lub poziomu wapnia).

**Oświadczam, że** nie jestem w trakcie planowania lub umawiania się na wizytę lekarską (ambulatoryjną lub w szpitalu), której celem jest omówienie, badanie lub konsultacja w związku z objawami wymienionymi w powyższym pytaniu lub obecnie nie oczekuję na wyniki jakichkolwiek badań, procedur medycznych lub analiz dotyczących tych nieprawidłowości.

**Oświadczam, że** w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie byłam umówiona na badanie rezonansem magnetycznym piersi – MRI (oświadczenie nie dotyczy przypadku, gdy osobą ubezpieczaną jest mężczyzna).

Oświadczam, że nie przeszczepiono lub nie został mi zalecony przeszczep narządu oraz obecnie nie znajduję się na liście osób oczekujących na przeszczep narządu.

**Oświadczam, że** moje miejsce zamieszkania jest na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez ERGO Hestię przetwarzanych przez ERGO Hestię moich danych osobowych każdemu innemu zakładowi ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podawanych przeze mnie danych, ustalenia mojego prawa do świadczenia z umowy grupowego ubezpieczenia na życie i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez ERGO Hestię informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia mojego prawa do świadczenia i jego wysokości.

Wyrażam zgodę na udostępnianie ERGO Hestii moich danych osobowych przetwarzanych przez każdy inny zakład ubezpieczeń, w którym jestem, byłem(am) lub będę ubezpieczony(a) bądź występowałem(am), występuję lub będę występował/a o ubezpieczenie w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podawanych przeze mnie danych, ustalenia mojego prawa do świadczenia z umowy grupowego ubezpieczenia na życie i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia ERGO Hestii posiadanych przez każdy inny zakład ubezpieczeń informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia mojego prawa do świadczenia i jego wysokości.

TAK  NIE

**W przypadku odpowiedzi „NIE” nie ma możliwości zawarcia ubezpieczenia**

## **ZGODA WYMAGANA DO ZAWARCIA UBEZPIECZENIA**

- Zgoda na otrzymywanie informacji handlowej drogą elektroniczną (niezbędna do wysłania elektronicznej oferty na e-mail).
- Zgoda na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie.
- Upoważnienie do uzyskiwania informacji od NFZ oraz od podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- Wniosek o komunikację za pomocą środków porozumiewania się na odległość.
- Zgoda na przekazanie danych osobowych do STU ERGO Hestia SA w celu marketingu jego produktów i usług, w tym prezentacji ofert.
- Zgoda dla Ubezpieczającego - Krajowego Stowarzyszenia ubezpieczonych w Grupie Otwartej.

### **Oświadczenie o otrzymaniu Warunków Ubezpieczenia.**

Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia otrzymałem/am Warunki Ubezpieczenia na podstawie których objęty będę ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Krajowym Stowarzyszeniem ubezpieczonych w Grupie Otwartej a Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestii SA w Sopocie oraz że zapoznałem/am się z ich treścią i w pełni je akceptuję.

---

Data, miejscowość, podpis Ubezpieczającego