

UWAGA! PROSIMY O UDZIELENIE ODPOWIEDZI NA WSZYSTKIE PYTANIA. W PRZYPADKU BRAKU ZAZNACZENIA KTÓREJKOLWIEK Z ODPOWIEDZI, ANKIETA JEST NIEWAŻNA I ZOSTANIE ODEŚLANA W CELU UZUPEŁNIENIA.

Nazwa Pracodawcy

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

Imię	Nazwisko
------	----------

Data urodzenia	PESEL	
<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	

Miejsce urodzenia	Telefon	E-mail
-------------------	---------	--------

ADRES DO KORESPONDENCJI

Miejscowość	Kod pocztowy
-------------	--------------

Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
-------	---------	---------------

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

1. Wzrost	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	2. Waga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg	3. Zawód wykonywany
-----------	----------------------	----------------------	----------------------	----	---------	----------------------	----------------------	----------------------	----	---------------------

4. Nazwa i adres placówki pierwszego kontaktu (np. poradnia rejonowa, lekarz rodzinny)
--

5. Czy w ciągu ostatnich trzech lat Pan/Pani:

a. Przebył(-a) operację, leczenie chirurgiczne lub zalecono operację bądź leczenie chirurgiczne, ale nie zostało ono do tej pory przeprowadzone?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
b. Był(-a) pacjentem w szpitalu lub innym ośrodku opieki medycznej lub zalecono hospitalizację, badania diagnostyczne lub konsultacje lekarskie, których do tej pory nie przeprowadzono?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
c. Wniosek o ubezpieczenie na życie lub następstw nieszczęśliwego wypadku został przez nasz lub inny zakład ubezpieczeń odrzucony, odrzucono lub polisa wystawiona została na innych niż standardowe warunkach (np. z wyższą niż standardowa składką)?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
d. Wystąpił u Pana/Pani zespół niedoboru odpornościowego AIDS, skierowano Pana/Panią na badania w związku z podejrzeniem choroby AIDS, uzyskał(-a) Pan/Pani pozytywne wyniki testów na obecność wirusa HIV lub innych chorób przenoszonych drogą płciową?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

6. Czy kiedykolwiek miał(-a) Pan/Pani dolegliwości lub leczył(-a) się z powodu chorób niżej wymienionych narządów lub układów?
--

a. serca lub bólu w klatce piersiowej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	e. wątroby	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	i. astmy	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
b. płuc	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	f. udaru	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	j. żołądka i jelit	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
c. nerek	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	g. nowotworu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	k. cukrzycy	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
d. układu moczowego	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	h. guzów	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	l. zaburzeń nerwowych	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

7. Czy kiedykolwiek miał(-a) Pan/Pani dolegliwości lub leczył(-a) się z powodu chorób układu krążenia (np. zawał serca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu i przewodnictwa, przerost mięśnia sercowego, wada serca, choroba niedokrwienna serca)?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
--	---

8. Czy obecnie cierpi Pan/Pani na choroby lub dolegliwości nie wymienione powyżej?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
--	---

9. Czy kiedykolwiek otrzymywał(-a) Pan/Pani rentę lub inne świadczenie zdrowotne?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
---	---

UWAGA! W PRZYPADKU UDZIELENIA ODPOWIEDZI „TAK” NA KTÓREKOLWIEK Z POWYŻSZYCH PYTAŃ (OD 5 DO 9) PROSIMY WSKAZAĆ NUMER PYTANIA I PODAĆ SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE W TABELI PONIŻEJ. W PRZYPADKU POBYTU W SZPITALU PROSIMY O DOSTARCZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.

Numer pytania	Opis choroby, dolegliwości, operacji itp., przyjmowane leki, początek choroby/diagnozy, czas trwania choroby, wyniki badania. Jednocześnie prosimy o podanie kontaktu do lekarza prowadzącego lub placówki medycznej.

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

- Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania przez Pramerica danych osobowych zawarte są w dokumencie „Dane osobowe w Pramerica” znajdującym się na stronie internetowej: www.pramerica.pl.
- Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem, że wszystkie odpowiedzi i informacje zawarte w Ankiecie są prawdziwe i prawidłowo zapisane.
 - Wyrażam zgodę na przetwarzanie (w tym profilowanie) przez Pramerica danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia w celu zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz wykonania tej umowy, zawartych w niniejszej Ankiecie oraz innych formularzach medycznych lub zawodowych. W przypadku, gdy Ubezpieczonym jest niepełnoletni, którego jestem przedstawicielem ustawowym, wyrażam zgodę na przetwarzanie (w tym profilowanie) przez Pramerica danych osobowych dotyczących stanu zdrowia niepełnoletniego w celu zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz wykonania tej umowy.
 - Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Pramerica – na wniosek lekarza upoważnionego przez Pramerica – od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały lub będą udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz moją lub mojego dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, informacji – w tym kopii dokumentacji medycznej – o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie mojego zdrowia lub stanie zdrowia mojego dziecka, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz lub na rzecz mojego dziecka umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci mojej lub mojego dziecka, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
 - Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Pramerica danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia zakładowi reasekuracji, w sytuacji, gdy jest to wymagane w związku z reasekuracją ryzyka ubezpieczeniowych.

Data wypełnienia Ankiety		Czytelny podpis Ubezpieczonego
<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>		