## ZAŁĄCZNIK NR 2 do Polisy nr 0100007046

*Numer wniosku/polisy:*_____

HDI GERLING

# INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

***Dane osobowe:***

Imiona:

Nazwisko:

Data urodzenia:

dzień | miesiąc | rok | numer ewidencyjny PESEL

seria i nr dowodu osobistego

| | PYTANIE | TAK | NIE |
|---|---|---|---|
| 1. | Czy w przeszłości chorował/a Pan/i lub choruje obecnie na choroby wymienione poniżej: | | |
| a) | zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, arytmia, nadciśnienie, wady serca, przewlekłe choroby układu krążenia; | | |
| b) | stany zapalne nerek, kamica nerek, torbielowatość nerek, nadnercze, przewlekłe choroby nerek; | | |
| c) | astma, chroniczny bronchit, gruźlica, przewlekłe choroby układu oddechowego; | | |
| d) | cukrzyca, choroby tarczycy; | | |
| e) | zapalenie trzustki, jelit, przewlekłe choroby układu pokarmowego; | | |
| f) | nowotwory, guzy, chłoniaki, białaczka; | | |
| g) | udar, porażenie, niedowłady, stwardnienie rozsiane (SM); | | |
| h) | padaczka, uzależnienie (od alkoholu, narkotyków, leków), zaburzenia nerwicowe, zaburzenia psychiczne, choroby psychiczne, inne przewlekłe choroby układu nerwowego; | | |
| i) | wirusowe zapalenie wątroby typu B, wirusowe zapalenie wątroby typu C, przewlekłe choroby wątroby, borelioza, AIDS, zakażenie wirusem HIV; | | |
| j) | choroby układowe tkanki łącznej, , toczeń rumieniowaty układowy, twardzina, rumień guzowaty; | | |
| k) | osteoporoza, choroby kręgosłupa leczone operacyjnie lub wymagające leczenia operacyjnego, reumatoidalne zapalenie stawów, przewlekłe zapalenie stawów i kości; | | |
| 2. | Czy ubiegał się Pan/i lub miał/a, ma przyznaną rentę lub grupę inwalidzką lub otrzymywał/a rentę lub Pana/i zdolność do pracy w pełnym wymiarze jest ograniczona? | | |
| 3. | Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) lub pali obecnie powyżej 50 sztuk papierosów dziennie? | | |
| 4. | Czy wykonuje Pan/i którykolwiek z poniżej wymienionych zawodów o wysokim stopniu ryzyka: bokser; sportowiec zawodowy; cyrkowiec; dżokej; kaskader; ochroniarz; policjant; detektyw; strażak; wojskowy; dziennikarz - korespondent; nurek; marynarz; pilot; kominiarz; monter (z wyłączeniem montera mebli, sprzętu AGD, RTV – prace naziemne); kierowca samochodu ciężarowego o masie dopuszczalnej całkowitej powyżej 3500 kg; elektryk; górnik; hutnik; rybak; drwal; dekarz; spawacz; cieśla; murarz; tynkarz; operator ciężkiego sprzętu; pracownik budowlany (z wyłączeniem personelu nadzoru, inspektora budowlanego, glazurnika, malarza pokojowego, hydraulika); pracownik pracujący: na wysokościach powyżej 1 m od stałej powierzchni, przy budowie rusztowań, przy materiałach chemicznych, przy azbeście, przy żwirze, przy paliwach, w kamieniołomie, przy materiałach wybuchowych? | | |
| 5. | Czy posiada Pan/i w naszym Towarzystwie inne polisy ubezpieczeniowe na życie?<br>Jeśli tak, prosimy o podanie numeru polisy lub certyfikatu:..... | | |
| 6. | Prosimy podać: Imię i nazwisko, adres, nr telefonu lekarza rodzinnego lub prowadzącego oraz nazwy i adresy placówek medycznych, z usług, których Pan/i korzysta/korzystał/a: .....<br>..... | | |

Oświadczam, że wyżej podane informacje są kompletne i zgodne z prawdą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA może odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i kodeksie cywilnym.

Wyrażam zgodę na udostępnianie HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA przez właściwe organy i instytucje informacji dotyczących mojej osoby, niezbędnych do weryfikacji zgłoszonych roszczeń wobec Towarzystwa oraz na udostępnianie HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA przez lekarzy oraz placówki medyczne, w których się leczę bądź leczyłam/em, informacji i dokumentacji medycznej o moim stanie zdrowia, za mojego życia, jak i po mojej śmierci, niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacji zgłaszanych roszczeń (dotyczy Ubezpieczonego, Małżonka i Dziecka Ubezpieczonego).

Jednocześnie upoważniam HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA do zasięgania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w innych zakładach ubezpieczeń (dotyczy Ubezpieczonego).

*miejscowość* *data* *czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia*

GR