

4. ANKIETA MEDYCZNA

Proszę udzielić odpowiedzi na poniższe pytania wstawiając X w odpowiednią rubrykę „NIE” lub „TAK”.

NIE	TAK	Gdy odpowiedź brzmi „TAK”, prosimy podać bliższe informacje.
-----	-----	--

INFORMACJE O UBEZPIECZONYM

1. Prosimy podać aktualny wzrost _____ cm, wagę _____ kg		
2. Czy Pana(i) waga w ciągu ostatnich trzech lat uległa zmianie o więcej niż 10 kg (kiedy, z jakiego powodu i o ile kg)?		
a) uległa zwiększeniu?		
b) uległa zmniejszeniu?		
3. Czy Pan(i) pali tytoń lub palił(a) Pan(i) w przeszłości (rodzaj – np. papierosy, fajkę, cygara itp. – dzienna ilość, jak długo)?		
4. Czy pije Pan(i) alkohol (rodzaj, tygodniowe spożycie)?		
5. Czy kiedykolwiek zażywał(a) Pan(i) narkotyki (rodzaj, jak długo, ilość)?		
6. Czy przyjmuje Pan(i) przewlekle (dłużej niż 3 tygodnie) jakiegokolwiek leki przepisane lub nie przepisane przez lekarza (w szczególności przeciwbólowe lub uspokajające)? Jeżeli „TAK”, to jakie, dawka, jak długo?		
7. Czy kiedykolwiek zostały u Pana(i) rozpoznane choroby lub czy występowały bądź występują dolegliwości ze strony wymienionych poniżej narządów lub układów:		
a) układu nerwowego, w szczególności: niedowład, drgawki, utraty przytomności, napady depresji, choroby psychiczne lub inne?		
b) układu oddechowego, na przykład: duszności, krwiotłucie, uporczywy kaszel, astma oskrzelowa, zapalenie oskrzeli, gruźlica, zapalenie opłucnej, atypowe zapalenie płuc?		
c) układu krążenia, na przykład: bóle w klatce piersiowej, obrzęki, choroba wieńcowa, zawał serca, nadciśnienie tętnicze, wady zastawek serca, kołatania serca, niewydolność krążenia, zakrzepowe zapalenie żył?		
d) układu pokarmowego, na przykład: choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, nawracające biegunki, zaparcia, żółtaczka, choroby wątroby lub pęcherzyka żółciowego, zapalenie trzustki?		
e) choroby nerek, pęcherza moczowego i prostaty: infekcje dróg moczowych i nerek, niewydolność nerek, kamica moczowa?		
f) przewlekle (powyżej 3 tygodni) choroby oczu, uszu, nosa, gardła lub jamy ustnej?		
g) choroby skóry, mięśni, kości, stawów, w szczególności: gorączka reumatyczna, choroby reumatoidalne, bóle stawowe, bóle kręgosłupa?		
h) zaburzenia hormonalne, przemiany materii, na przykład: cukrzyca, dna moczanowa, hiperlipidemia, choroby tarczycy?		
i) nowotwory złośliwe (rak) lub niezłośliwe, powiększenie węzłów chłonnych, anemia?		
8. Czy obecnie znajduje się Pan(i) pod obserwacją lekarską lub leczy się z powodu jakiegokolwiek choroby, dolegliwości lub ma Pan(i) zamiar poddać się badaniom medycznym (jakim, dlaczego)?		

	NIE	TAK
9. Czy w ciągu ostatnich pięciu lat:		
a) zalecono Panu(i) hospitalizację, wykonanie operacji chirurgicznej lub badań diagnostycznych, które nie zostały wykonane?		
b) miał(a) Pan(i) przeprowadzone jakiegokolwiek leczenie operacyjne, zabiegi, badania diagnostyczne (EKG, Rtg, USG, TK, inne) lub doznał(a) Pan(i) urazu ciała (jakie, kiedy)?		
10. Czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) pacjentem szpitala, kliniki, sanatorium (kiedy, z jakiego powodu)?		
11. Czy kiedykolwiek starał(a) się lub otrzymał(a) Pan(i) rentę lub odszkodowanie z powodu choroby, urazu lub innej niezdolności do pracy (przyczyna, kiedy, która grupa inwalidzka)?		
12. Czy kiedykolwiek chorował(a) lub skierowany(a) był(a) Pan(i) na badania, leczenie związane z: wirusem HIV (AIDS), chorobami wenerycznymi, wirusowym zapaleniem wątroby (jaki typ)?		
DOTYCZY KOBIET		
13. Czy kiedykolwiek zostały u Pani rozpoznane choroby lub czy występowały bądź występują dolegliwości ze strony wymienionych poniżej narządów lub układów:		
a) choroby ginekologiczne, w tym choroby piersi?		
14. Czy jest Pani w ciąży? Jeżeli „TAK”, prosimy podać miesiąc.		
DOTYCZY MĘŻCZYZN		
15. Czy kiedykolwiek został Pan uznany za niezdolnego do odbywania służby wojskowej (przyczyna, kiedy, na jak długo)?		
DOTYCZY WSZYSTKICH UBEZPIECZONYCH		
16. Czy uprawia Pan(i) niebezpieczny sport lub spędza czas wolny w sposób powszechnie uważany za niebezpieczny, np.: wspinaczka, nurkowanie, lotniarstwo, szybownictwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty walki lub inne?		
17. Czy ktoś z Pana(i) bliskiej rodziny (rodzice, rodzeństwo) chorował, choruje lub zmarł (do 65 roku życia) na cukrzycę, gruźlicę, chorobę nowotworową, zawał serca, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemię, choroby psychiczne, inny rodzaj choroby dziedzicznej, wrodzonej (jakie) lub popełnił samobójstwo?		
18. Czy kiedykolwiek Pana(i) wniosek o ubezpieczenie na życie został odroczone, odrzucony lub przyjęty na specjalnych warunkach? Jeżeli „TAK”, proszę podać datę decyzji, nazwę Towarzystwa, które podjęło decyzję oraz w jaki sposób odbiegała ona od wniosku o ubezpieczenie.		
19. W przypadku, jeżeli posiada Pan(i) jakieś informacje istotne dla wniosku, o które nie padło pytanie powyżej, lub jeżeli chce Pan(i) dodać jakieś informacje, prosimy o ich podanie.		
20. Proszę podać informacje o placówkach medycznych w których zatrudnieni są lekarze prowadzący, pierwszego kontaktu lub lekarz rodzinny Ubezpieczonego – imię i nazwisko lekarza(y), nazwa placówki, adres, numer telefonu.		
INFORMACJE O UBEZPIECZONYM DZIECKU (WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY DZIECKA)		
Proszę udzielić odpowiedzi na poniższe pytania wstawiając X w odpowiednią rubrykę „NIE” lub „TAK”		
21. Czy Dziecko znajduje się obecnie pod opieką lekarską?		
22. Czy w trakcie ostatnich 5 lat Dziecko było leczone szpitalnie?		
23. Czy w trakcie najbliższych 6 miesięcy zamierza Pan(i) poddać Dziecko leczeniu szpitalnemu?		
JEŻELI ODPOWIEDŹ NA KTÓREKOLWIEK Z PYTAŃ 21–23 BRZMIAŁA „TAK” PROSIMY O PODANIE SZCZEGÓŁÓW W DODATKOWEJ ANKIECIE MEDYCZNEJ.		

5. FORMA I CZĘSTOTLIWOŚĆ OPŁACANIA SKŁADEK

Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi przez postawienie znaku X.

- a) Forma opłacania składki: składka jednorazowa składka regularna
- b) Częstotliwość: (tylko dla składki regularnej) rocznie półrocznie kwartalnie miesięcznie

6. SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK

- a) Polecenie zapłaty: tak nie b) Karta płatnicza: tak nie

7. OKRES UBEZPIECZENIA I REGULARNE ŚWIADCZENIE MIESIĘCZNECzas trwania umowy (w latach) Regularne świadczenie miesięczne: brak świadczenia 2% sumy ubez. 3% sumy ubez. 4% sumy ubez.**8. DANE DOTYCZĄCE WYBRANYCH UMÓW UBEZPIECZENIA**

Rodzaj umowy ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia (w złotych)	Składka (w złotych)
Kod umowy podstawowej		A
Umowy uzupełniające		
Proszę postawić X w kratce przed nazwą wybranej umowy uzupełniającej i wpisać odpowiednie dane.		
<input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku		B
<input type="checkbox"/> trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie NW		C
<input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego		D
<input type="checkbox"/> pobyt Dziecka w szpitalu		E
<input type="checkbox"/> poważne zachorowanie Dziecka		F
<input type="checkbox"/> niezdolność do samodzielnej egzystencji Dziecka		G
<input type="checkbox"/> utrata zdolności opłacania składek		H
		(A+B+C+D+E+F+G+H)

9. CAŁKOWITA WYSOKOŚĆ SKŁADKI (A + B + C + D + E + F + G + H)

W razie konieczności zmiany sumy ubezpieczenia lub składki ubezpieczeniowej, proszę zachować wysokość:

sumy ubezpieczenia składki **UWAGA**

W przypadku dokupienia umowy uzupełniającej do zawartej wcześniej umowy ubezpieczenia lub zwiększenia sumy ubezpieczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia prosimy o podanie określonego na polisie numeru umowy ubezpieczenia, do której zamierza Pan(i) dokupić umowę uzupełniającą.

ŚWIADCZENIE OSÓB PODPISANYCH NA WNIOSKU JAKO UBEZPIECZONY I UBEZPIECZAJĄCY

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji, odpowiedzialność BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group może zostać wyłączona lub ograniczona na zasadach określonych w przepisach Kodeksu Cywilnego.

Przyjmuję również do wiadomości, iż w okresie od dnia następnego po wypełnieniu niniejszego wniosku i opłaceniu pierwszej składki do dnia początku ubezpieczenia określonego w polisie, BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group ponosi odpowiedzialność jedynie w przypadku śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku osoby wymienionej w niniejszym wniosku jako „Ubezpieczony” do wysokości sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż do kwoty 10 000 zł i nie dłużej niż przez okres 60 dni.

Podpisując niniejszy wniosek o ubezpieczenie potwierdzam otrzymanie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Zaopatrzenia Dzieci „Start z Plussem”.

Jako Ubezpieczony, upoważniam BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących: mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia oraz okoliczności związanych z weryfikacją podanych przeze mnie danych na temat stanu zdrowia, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia lub wysokości świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, u wszystkich lekarzy, u których zasięgałem(-am) porad lub przez których byłem(-am) badany(a) albo leczony(a), co dotyczy również wszelkich placówek medycznych (przychodni, szpitali, itp.). Jednocześnie, upoważniam BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group do zasięgnięcia informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w innych zakładach ubezpieczeń, w których składałem(am) wniosek o ubezpieczenie na życie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku i innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi oraz ich przekazywanie za granicę w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz zawarcia i obsługi ubezpieczenia. W przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia, jej rozwiązania, wygaśnięcia lub wypłaty świadczenia, zgadzam się również na przetwarzanie moich danych w celach archiwalnych. Zgoda taka obejmuje przetwarzanie moich danych w przyszłości, pod warunkiem, że nie zmienił się cel przetwarzania.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania, jak również o tym, że obowiązek podania tych danych wynika z art. 815 Kodeksu Cywilnego ze względu na złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie.

Poinformowano mnie o tym, że administratorem moich danych osobowych jest BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Rydygiera 21. Ubezpieczający przyjmuje do wiadomości, że w przypadku zwrotu składki przez Towarzystwo, składka zostanie przelana na rachunek bankowy

nr:

W przypadku braku danych dotyczących rachunku bankowego, ww. składka zostanie przesłana przekazem pocztowym, na podany w niniejszym wniosku adres korespondencyjny Ubezpieczającego, na koszt Ubezpieczającego.

UBEZPIECZONY	UBEZPIECZAJĄCY	PRZEDSTAWICIEL TOWARZYSTWA
Imię i nazwisko (litery drukowane)	Imię i nazwisko (litery drukowane)	Imię i nazwisko (litery drukowane)
Data i podpis uznawany za wzór podpisu	Data i podpis uznawany za wzór podpisu	Data i podpis uznawany za wzór podpisu

ŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO UBEZPIECZONEGO DZIECKA (RODZIC, OPIEKUN PRAWNY)

W imieniu Ubezpieczonego dziecka potwierdzam zgodność z prawdą danych zawartych w niniejszym wniosku o ubezpieczenie i upoważniam BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących fizycznego i psychicznego stanu zdrowia Ubezpieczonego dziecka u wszystkich lekarzy, u których Ubezpieczone dziecko było badane albo leczone, co dotyczy również wszelkich placówek medycznych (przychodni, szpitali, itp.). Jednocześnie, upoważniam BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group do zasięgnięcia informacji dotyczących: stanu zdrowia Ubezpieczonego dziecka oraz okoliczności związanych z weryfikacją podanych przeze mnie danych na temat stanu zdrowia, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia lub wysokości świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, w innych zakładach ubezpieczeń, w których mógł być składany wniosek o ubezpieczenie na życie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych Ubezpieczonego dziecka zawartych w niniejszym wniosku i innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi oraz ich przekazywanie za granicę w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz zawarcia i obsługi ubezpieczenia. W przypadku nie zawarcia umowy ubezpieczenia, jej rozwiązania, wygaśnięcia lub wypłaty świadczenia, zgadzam się również na przetwarzanie danych Ubezpieczonego dziecka w celach archiwalnych. Zgoda taka obejmuje przetwarzanie danych Ubezpieczonego dziecka w przyszłości, pod warunkiem, że nie zmienił się cel przetwarzania.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie wglądu do danych osobowych Ubezpieczonego dziecka i ich poprawiania, jak również o tym, że obowiązek podania tych danych wynika z art. 815 Kodeksu Cywilnego ze względu na złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie.

Poinformowano mnie o tym, że administratorem danych osobowych Ubezpieczonego dziecka jest BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Rydygiera 21.

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY UBEZPIECZONEGO DZIECKA	PRZEDSTAWICIEL TOWARZYSTWA
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych, a w szczególności na oferowanie mi nowych produktów BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz prowadzenia badań i analiz marketingowych. Wyrażam zgodę na przekazywanie przez BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, takich jak imię, nazwisko, rok urodzenia, adres zamieszkania, adres do korespondencji i numer telefonu innym podmiotom prowadzącym działalność w zakresie usług finansowych, w szczególności związanych z ubezpieczeniami na życie, ubezpieczeniami majątkowymi, członkostwem w otwartych funduszach emerytalnych, w celu prowadzenia działań marketingowych polegających na oferowaniu przez te podmioty produktów i usług. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.*

*Skreślić w przypadku braku zgody.

UBEZPIECZONY	UBEZPIECZAJĄCY
.....
Data i podpis	Data i podpis