*Numer wniosku/polisy:*_____

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, przewlekłe choroby układu krążenia, wady serca;		
b)	stany zapalne nerek, kamica nerek, 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;		
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, bolerioza, AIDS, zakażenie wirusem HIV;		
2.	Czy ubiegał się Pan/i lub otrzymywał 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; cieśla; cyrkowiec; dekarz; detektyw; drwal; dziennikarz - korespondent; dżokej; elektryk; górnik; hutnik; kaskader; kierowca ciężarówek; kominiarz; marynarz; monter; murarz; nurek; ochroniarz; operator ciężkiego sprzętu; pilot; policjant; pracownik budowlany; pracownik pracujący: na wysokościach; przy budowie rusztowań; materiałach chemicznych; przy azbeście; żwirze; paliwach; w kamieniołomie; przy materiałach wybuchowych; rybak; spawacz; sportowiec zawodowy; strażak; tynkarz; wojskowy?		
5.	Czy posiada Pan/i w naszym Towarzystwie inne polisy ubezpieczeniowe na życie: ▪ grupowe ▪ indywidualne Jeśli tak, prosimy o podanie numeru polisy lub certyfikatu.		

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 wykorzystanie moich danych osobowych do tworzenia bazy danych o klientach Towarzystwa, ich przetwarzania oraz dalszego ich wykorzystywania do celów ubezpieczeniowych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie 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 leczyłem/am, informacji i dokumentacji medycznych o moim stanie zdrowia, niezbędnych do realizacji zgłaszanych roszczeń.
Jednocześnie upoważniam HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA do zasięgania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w innych zakładach ubezpieczeń.

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