



Ubezpieczenie grupowe

Polisa Grupowa nr Pracownik Małżonek pracownika Partner pracownika Pełnoletnie dziecko pracownika

Imię i nazwisko PESEL

Adres

Waga kg Wzrost cm Data urodzenia Płeć K M

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. z siedzibą w Warszawie danych dotyczących mojego stanu zdrowia w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego, ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia.

Lp.	Pytanie	Tak	Nie	W przypadku udzielenia odpowiedzi Tak prosimy o podanie szczegółów/wyjaśnień
1.	Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i dolegliwości wymienionych narządów: a) serca b) kręgosłupa/stawów c) płuc d) nerek e) wątroby, trzustki f) żołądka i jelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazwa choroby, występujące objawy, data diagnozy, następstwa/powikłania choroby, stosowane leczenie
2.	Czy kiedykolwiek był/a Pan/i leczony/a z powodu następujących chorób: a) guzów b) cukrzycy c) nadciśnienia d) nowotworu e) zaburzeń nerwowych, psychicznych lub zachowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazwa choroby, występujące objawy, data diagnozy, następstwa/powikłania choroby, stosowane leczenie
3.	Czy w ciągu ostatnich 5 lat miał/a Pan/i jakąkolwiek operację chirurgiczną lub przebywał/a Pan/i w szpitalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosimy o podanie powodu i daty operacji/pobytu w szpitalu. Dodatkowo prosimy o załączenie kopii karty informacyjnej z wynikiem badania histopatologicznego, jeśli było wykonywane.
4.	Czy zalecano Panu/i hospitalizację, operację, leczenie chirurgiczne, badania diagnostyczne, których nie dokonano/przeprowadzono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosimy o podanie kiedy i z jakiego powodu.
5.	Czy ma Pan/i inne choroby i schorzenia, które nie zostały wymienione w niniejszym formularzu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazwa choroby, występujące objawy, data diagnozy, następstwa/powikłania choroby, stosowane leczenie
6.	Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i stwierdzoną obecność wirusa HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosimy o podanie szczegółowych informacji.
7.	Czy obecnie jest Pan/i pod obserwacją lub leczy się z powodu chorób przewlekłych albo przyjmuje leki na stałe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosimy o podanie rozpoznania, czasu trwania choroby oraz nazwy przyjmowanych leków.
8.	Prosimy o podanie: – nazwiska i adresu lekarza leczącego obecnie lub – nazwy i adresu placówki medycznej sprawującej opiekę zdrowotną lub wykonującej badania			

Dodatkowe informacje (prosimy o wskazanie numeru pytania, którego dotyczy)

Niniejszym upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. i jego reasekuratorom informacji o stanie mojego zdrowia, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia. Upoważnienie obejmuje również ujawnienie powyższych informacji i udostępnianie Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. i jego reasekuratorom informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Upoważniam także inny niż Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. zakład ubezpieczeń do udostępnienia Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. przetwarzanych przez siebie moich danych osobowych, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Niniejszym upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. i jego reasekuratorom informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliли mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. oraz wysokości świadczenia. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Data

Podpis _____